

ruptures de vie et névroses

la maladie-langage
post-traumatique

adolfo fernandez zoilo

domaines
de la
psychiatrie

privat

Les accidents de multiples origines, mais aussi les épreuves de la vie, imposent quotidiennement à un grand nombre de personnes de douloureuses expériences de choc et de rupture. De quelle manière ces traumatismes agissent-ils sur le psychisme de leurs victimes ? Que sait-on de l'évolution et des possibilités de traitement de leurs suites ?

Le Docteur Fernandez Zoïla aborde ces questions dans toute l'ampleur de leur signification clinique et théorique. Il fait apparaître l'engrenage par lequel les réactions au vécu traumatique aboutissent fréquemment à un état névrotique invalidant.

Or, dans tous ces cas le processus psychopathologique se trouve favorisé par un certain « travail de langage ». Des propos entendus, des mots prononcés tissent un réseau qui bientôt se transforme en cette « maladie-langage » dont l'étude constitue le centre de l'ouvrage.

Traitant en premier lieu de l'accident en tant qu'événement chargé de virtualités névrotisantes, l'auteur suit pas à pas l'évolution du sujet à travers son vécu post-traumatique. Sa vie de travail et de relation, ses efforts d'expression mettent ainsi en évidence la structure temporelle de la maladie-langage.

C'est le caractère événementiel de la rupture qui en fait le début d'une nouvelle époque de vie dont ce livre retrace le déroulement. Par delà les conséquences matérielles et morales de l'accident, on discerne les effets proprement psychologiques du changement qui s'est introduit dans la vie de l'accidenté.

Un tel livre doit intéresser les médecins, les psychologues, les psychosociologues et sociologues, en même temps que les responsables de la Sécurité Sociale et des compagnies d'assurance. Mais ses apports revêtent également une portée anthropologique dont il convient de saisir les multiples significations.

ruptures de vie
et névroses

domaines
de la
psychiatrie

domaines de la psychiatrie

Placée à l'intersection des besoins clinico-thérapeutiques, des Sciences humaines et de la demande sociale, la psychiatrie est devenue l'objet privilégié de grands débats où s'incarnent certaines des interrogations les plus aiguës liées aux évolutions et à la crise culturelle de notre temps. Cependant, sans craindre de s'y mesurer, la psychiatrie ne saurait se réduire aux seuls affrontements idéologiques, voire politiques, qui la questionnent. N'est-elle pas, d'abord, une somme de réalités, de réflexions et d'actions ? Pour pouvoir en faire une juste estimation, discours et théories psychiatriques ne doivent-ils pas être reconnus comme le reflet des engagements multiples exigés par la souffrance et la défaillance psychiques ?

La collection « Domaines de la Psychiatrie » se propose ainsi de dresser extensivement le panorama du champ, des lieux, des frontières, comme des dynamiques, des économies, des énergies, voire des contradictions de la présence psychiatrique. Elle entend faire le bilan critique des sciences fondamentales ou appliquées qui en soutiennent les usages ou en dessinent les avenir.

PARUS :

Michel Audisio	<i>Psychisme et biosystèmes</i>
Jean-François Reverzy	<i>La folie dans la rue</i>
Otto Kernberg	<i>Les troubles limites de la personnalité</i>

A PARAÎTRE :

J.-Y. Achalle	<i>psychiatrie et liberté</i>
G. Daumezon	<i>la nouvelle clinique</i>
A. Green	<i>psychanalyse et nosographie psychiatrique</i>
P. Lambert	<i>la psychopharmacologie</i>
P. Rappart	<i>psychiatrie et démocratie</i>
M. Audisio	<i>la psychiatrie de secteur</i>
Otto Kernberg	<i>le narcissisme</i>

collection dirigée
par jacques chazaud

ruptures
de vie
et névroses

DU MÊME AUTEUR

L'étude des attitudes psychologiques des travailleurs nucléaires vis-à-vis du risque radioactif. (P. Sivadon et A. Fernandez) EURATOM éditeur. EUR 4198 f. Bruxelles, 1968.

Le livre, recherche autre d'Edmond Jabès, Jean-Michel Place, éditeur, Paris, 1978.

Blanchot, Jabès. Temps et sémantique textuelle, Jean-Michel Place, éditeur, (sous presse).

Neuro-psychiatre et
psychothérapeute, le Dr Fernandez
Zoila est Maître de recherches
au Centre de Recherches
psychopathologiques

adolfo fernandez zoïla

ruptures de vie et névroses

la maladie-langage
post-traumatique

domaines
de la
psychiatrie

privat

I.S.B.N. N° 2.7089.7805-5
© 1979, Privat, éditeur
14 rue des Arts Toulouse

A Ignace Meyerson, fondateur de la psychologie historique et comparative, pour qui : «Les fonctions psychologiques participent des changements de la connaissance et de l'inachèvement de la connaissance. Elles sont elles-mêmes par essence soumises au changement, inachevées et inachevables.»

A Paul Sivadon et à l'Ecole de psychopathologie du travail qu'il a fondée et aussi, à la mémoire du docteur André Sivadon, un des pionniers de l'introduction de l'approche psychopathologique en médecine.

Je tiens à remercier le docteur Paul Bernard, psychiatre des hôpitaux; le docteur Victor Bukiet, médecin généraliste; le professeur Jacques Leplat, directeur à l'Ecole pratique des hautes études (laboratoire de psychologie du travail); le docteur Michel Sapir, psychanalyste, chargé de cours à l'Université; le docteur Jean de Verbizier, psychiatre des hôpitaux, directeur du Centre de l'Elan retrouvé. Tous ont fait bénéficier ce texte de leurs remarques critiques et de leur savoir.

Une gratitude particulière va à Maryvonne Guet qui a servi l'ouvrage de son habituelle ferveur.

On ne bâtit pas sur du déjà vu, sur du déjà pensé, mais on voit et on pense à mesure que l'on creuse, qu'on édifie, qu'on achève; car l'achèvement est encore commencement.

Edmond Jabès, *Yaël*.

Si exacte que soit la description d'un phénomène technique, d'une situation sociale ou de mouvements intérieurs, elle n'est jamais une reproduction, mais toujours une création.

Wolfgang Kayser, *Poétique du récit*.

Introduction

Ruptures de vie et économie traumatique

“

On peut entraver une évolution, et, par ces entraves, provoquer même une dégénérescence où un dépérissement.

Ce que l'on ne savait pas autrefois : une formation régressive n'est pas possible ... Tout le romantisme de l'idéal est faux en cela qu'il estime possible une formation régressive.

Nietzsche.

Si le mal à vivre est de tous les temps, chacun s'accorde à penser et à dire qu'il est devenu plus fréquent, plus habituel de nos façons modernes d'exister. Ce mal à vivre et à se vivre prend des formes nouvelles plus sinueuses, plus inattendues, obéissant à une organisation névrotique des actes et des conduites. La formulation gémissante semble centrée par la triade de la tristesse mélancolique, de l'angoisse, de l'hypocondrie. La structuration des troubles des affects, de l'activité et de la pensée obéit à une double incitation : celle d'un déclenchement insidieux, non-apparent, lié à une rupture de vie qui se glisse en soi à l'ombre d'un accident banal, d'allure souvent anodine, celle de l'utilisation du langage et de la parole pour servir de fil conducteur et d'expression productrice aux symptômes. A côté des grands syndromes bien inventoriés, répondant aux perturbations psychiatriques classiques des psychoses et des névroses, prend

naissance une pathologie moins «typée», mineure, pourrait-on dire, mais riche cependant en enseignements et lourde de conséquences pour chacun.

La psychopathologie de la vie sociale a déjà enregistré un acquis important dans le domaine des névroses de situation, des névroses post-traumatiques et de l'ensemble des faits cliniques regroupés sous la rubrique des troubles réactionnels. La notion d'un «choc» agressif pour l'être humain est vieille comme le monde, venant détruire un équilibre préalable, ce qui déclencherait des réactions de défense s'organisant en maladie. Justement, c'est bien parce que ces notions de choc, d'homéostasie, d'équilibre de la personnalité, de moyens de défense, de réaction, sont de vieilles notions, pas très bien définies et se mouvant dans un à peu près inquiétant pour l'appréciation objective des mécanismes formateurs de troubles, qu'elles font problème. Cette interrogation à propos des nouvelles formes pathologiques devrait remettre en cause l'acquis, si nous ne céditions à la solution paresseuse de toujours vouloir expliquer le nouveau par l'ancien, et d'assimiler les données récentes à ce que nous savons déjà, nous privant ainsi du questionnement suscité par l'inédit de l'observation clinique.

Les ruptures de la ligne de vie surviennent pour les raisons les plus diverses, chaque fois que la succession des comportements habituels d'une personnalité quitte le cours de son lit. Une perspective de vie se meut entre un avant et un après, dans une évolution où la succession prend en charge demain pour faire suite à hier en traversant l'aujourd'hui. A chaque stade de cette ligne d'existence, une certaine homogénéité se retrouve autour des idées que chacun se fait de lui-même dans ses rapports avec le monde, mieux, dans ce qu'il croit être ces rapports et les signes qui lui parviennent de l'environnement matériel et social à un moment historique déterminé. Si l'évolution est interrompue dans son écoulement pré-conçu comme harmonieux et continu, on pourra parler de cassure existentielle. L'origine de cette interruption peut résider pour chacun, en soi ou hors de soi, mais l'interruption ne devient effective qu'en celui qui la subit et l'assume et cela d'autant plus que les suites seront du domaine de la pathologie. Que l'on mette l'accent sur les agressions du genre de vie moderne ou sur le type de société dont les tensions sont excessives ou sur les fragilités personnelles, on s'accorde à admettre que si les motifs peuvent être multiples,

le résultat, lui, est singulier et concerne tel individu devenu (ou en voie de devenir) «névrosé», comme cela est quotidiennement divulgué dans la presse. Le mal à vivre et à se vivre mue et s'organise en névrose bientôt reliée causalement à un «traumatisme». Le mot évoquant initialement la violence produite par un agent extérieur agissant mécaniquement et la blessure ou plaie qui en résultent, a bénéficié d'un élargissement de sens et comprend à la fois l'action agressive physique ou psychique subie et les effets qui s'ensuivent.

Pour essayer de cerner certaines de ces ruptures de vie, notre sujet d'étude va se limiter tout d'abord dans le choix de ces traumatismes : seuls ceux associés à un accident corporel extracrânien minime seront retenus dans la mesure où ils sont suivis de complications névrotiques. Il pourra s'agir d'accidents du travail, de la circulation, de la vie quotidienne. En suivant une double orientation descriptive : de l'accident aux troubles névrotiques et de ceux-ci jusqu'au moment historique de la rupture constituée socialement par l'accident, on pourra saisir le point-source où s'enracine le processus psychopathologique. Ce point-source qui coïncide sur le plan spatio-temporel avec l'accident corporel est un *événement temporel*. Ceci demande précision. En tout accident on peut différencier trois sortes d'événements : a) - un accident est un fait historique, un fait événementiel au sens socio-historique, considéré tel au point de vue médical, administratif, juridique et aussi individuel; b) - un accident peut, de par lui-même, faire événement, à cause de son écho émotionnel et affectif, il peut surprendre ou étonner l'accidenté et laisser des traces sous forme de «choc»; c) - mais tout accident est aussi un événement au sens strictement temporel, correspondant à la coupure introduite dans la suite des actes humains et qui sépare l'avant de l'après de l'accident. Cet événement temporel peut fonctionner comme une faille dans l'existence et amener un remaniement dans la pratique même du temps avec possible mise en forme clinique d'une organisation psychopathologique durable. Les traits de rupture peuvent être tenus et inapparents. Et tel accident dépourvu d'écho affectif ou de traumatisme psychique dans l'immédiat est parfois suivi, ultérieurement, de troubles psychiatriques tenaces. Une recherche rétrospective met alors en lumière l'événement temporel, hiatus existentiel contemporain du fait accidentel enregistré comme anodin à ce moment-là. Les situations traumatiques changent de

structure et nul ne sait les conséquences qu'un fait d'allure minime peut entraîner dans la mesure où ce qui fait rupture, l'événement temporel, demeure généralement sous-jacent, recouvert par les incidences extérieures du fait accidentel incriminé. Les cassures interviennent à propos de n'importe quoi et englobent tout ce qui est susceptible de briser le rythme d'écoulement d'une vie, dans la mesure où le rétablissement du cours existentiel n'est plus possible. De simples mots peuvent avoir un effet pathogène et introduire l'occasion d'une fracture dans l'histoire d'une vie. Les observations cliniques rapportées permettront de suivre ce processus et d'en situer les diverses phases, ouvertes à une explication psychopathogénique, pour mieux montrer les modalités des ruptures et les variations de l'économie traumatique.

Sur cette économie traumatique quelques mots sont ici nécessaires pour situer la place de certaines conceptions dont celles de Freud qui a marqué et continue de marquer la contemporanéité de la psychopathologie. Si le terme «traumatique» a été introduit par Oppenheim bien avant l'invention de la psychanalyse pour caractériser certaines névroses, c'est bien Freud qui a le plus contribué à dessiner les contours de la pathologie mentale post-traumatique et à fournir les données explicatives originales d'une économie du traumatisme. La théorie traumatique se retrouve d'ailleurs dès les tout débuts de la formulation analytique. La notion «d'affect coïncé» sous l'action d'un mécanisme traumatique, par accroissement des stimuli d'excitation, sans possible abréaction salutaire, reprend alors, sous une forme «moderne», la notion ancienne du choc (affectif) trop fort, faisant ployer celui qui le subit. Pour Freud, le souvenir de ce traumatisme peut faire conflit et continuer à «traumatiser» inconsciemment celui qui en est porteur. Bientôt une différenciation des divers stades du développement de l'homme permet de savoir que les conflits seront plus fréquents et plus sévères à certains moments et leur impact traumatique d'autant plus perturbateur. A l'écho laissé chez tous par le traumatisme de la naissance, selon la théorie de Rank, viendront se joindre sélectivement d'autres événements dont celui du sevrage, celui de la scène originelle, celui de l'effroi de la castration, ceux privatifs, égrenés tout au long de la mise en place des relations d'objet au cours des phases pré-œdipiennes et œdipiennes. Tous ces

traumatismes sont susceptibles de retentissement à distance, introduisant des fixations ou des régressions dans le développement affectif du petit homme. A quoi viennent s'ajouter les actions frustrantes ou agressives des agents extérieurs. Avoir été «traumatisé» pendant la prime enfance ou même avant la naissance est devenu une notion banale avec laquelle il faut compter dans l'approche clinique, tant sur le plan du contenu culturel des patients que sur celui de la production des symptômes.

Mais deux textes de Freud consacrés aux névroses traumatiques pourraient présenter un intérêt plus spécifique pour notre propos : soit le chapitre XVIII de *l'Introduction à la psychanalyse* de 1917 et *Au-delà du principe du plaisir* de 1920. Dans le premier, Freud, qui a étudié les névroses de guerre et les troubles consécutifs aux frayeurs liées aux catastrophes, émet l'idée que les névroses se fixent au moment de l'accident traumatique et que les malades revivent ensuite cette situation. Il s'agit là de phénomènes agressifs de grande envergure, contemporains d'événements affectifs bruyants. Freud précise la notion fonctionnelle d'économie touchant la transformation des affects qui serait déclenchée par un surcroît d'excitation produit dans une unité circonscrite d'espace et de temps. Dans le deuxième texte, la relation qu'il établit entre névroses traumatiques (toujours liées aux effets de surprise et de frayeur) et névroses de transfert (de développement interne avec actualisation ultérieure des conflits intra-psychiques) permet à Freud de mettre l'accent sur les mécanismes de répétition. C'est dans le constat de rêves itératifs où la scène traumatique est sans cesse revécue que Freud trouve la voie d'une explication par le besoin de répétition de l'événement désagréable. Ces notions d'économie traumatique et de répétition restent importantes pour nos observations où les ruptures surviendront cependant sans ce halo affectif impressionnant qui avait frappé Freud dans les cas par lui observés.

Le génie imaginaire de Freud force l'admiration. Son argumentation évolue sur le présupposé thermodynamique d'un échange toujours possible de toutes les énergies et d'une transformation sans fin des affects. Il y a mise en réserve et stagnation dans le passé d'un refoulé - impliqué à chaque étape de la démonstration - pouvant réapparaître à un moment donné, moment d'une éventuelle lézarde dans l'édifice humain. Le passé a force de loi

et conserve cette force. La régression est présumée avant même qu'elle se donne à voir. L'avant prépare et justifie l'après. L'événement, introduit par l'imprévu dans l'actuel, n'y a place que pour exercer un déplacement en attente déjà inscrit sur la ligne du temps. L'économie traumatique vient corroborer la théorisation des névroses de transfert où le transport de l'avant dans l'actuel fournit au présent le poids du temps qui se répète dans un éternel retour de l'égal à lui-même. L'ouverture créée par l'événement semble vouée à l'engloutissement dans ce passé privilégié opérant en lui-même et par lui-même le réel travail de production psychopathologique.

L'inventivité de Freud se meut dans un système de concepts hérité d'une thermodynamique mécaniste, portant dans sa linéarité l'ombre de l'acquis newtonien. Le repère freudien restera marqué, pour nous, d'une part par sa double problématique de séparation intra-humaine : entre le corps et l'appareil psychique, entre un conscient et un inconscient; et d'autre part par ce va-et-vient dynamique entre le milieu et l'individu, appuyé sur une scission - artifice commode - qui met mieux en valeur le rôle des stimuli agressifs d'un côté et des moyens de défense de l'autre. La résultante repose sur une adaptation évolutive cernée par le périmètre du corps. Théorisation où Darwin se joint à Newton et aux conceptions biologisantes alors en vogue. Les notions, pourtant contemporaines, d'irréversibilité des phénomènes, d'entropie, de discontinuité, issues de la nouvelle étape thermodynamique déjà florissante aussi à Vienne (Boltzmann) et aussitôt développées ailleurs, restent absentes de cet édifice théorique. Ces notions et d'autres plus récentes obligent à modifier de telles perspectives.

Un deuxième repère pourrait prendre appui dans les conceptions bien différentes d'un L. Binswanger pour qui l'essentiel de l'homme réside dans son être-dans-le-monde, sans exclusive aucune. Histoire extérieure de vie et histoire intérieure de l'homme, se doublent l'une et l'autre et se retrouvent entrelacées dans le langage. Les faits, les mots, les actes, auront plus d'importance que le présupposé théorique caché, explication toujours prête mais somme toute bien uniforme. Une originalité est possible, où chacun, dans sa continuité, incorpore de diverses façons ce qui fait pour lui événement dans son éprouvé spécifique. Le temps de la vie est continuité et changement avec des failles permettant la projection d'un avenir qui attire à lui le présent et au besoin éclaire le passé. Le futur gagne ses droits de noblesse,

l'historicité bascule vers l'avenir et sans qu'aucune filiation ne rattache Binswanger à K. Marx, on peut rappeler avec celui-ci que c'est l'homme qui explique le singe et non pas le singe qui explique l'homme.

Pour Binswanger un événement n'est pas en soi traumatisant mais il le devient par l'impact d'ouverture qu'il provoque dans la structure humaine. L'événement est un événement-qui-devient, un événement-processus qui modifie le déjà-là et introduit des remaniements dans la position de l'être-présent au monde. Les relations s'en trouvent changées dans l'homme lui-même et dans ce qui le fait être, à travers ses conduites et ses paroles. Des flexions surviennent dont la nature psychopathologique est activement produite par une nouvelle façon d'être à soi et d'être au monde, à partir de ce qui fait événement à un moment donné. L'économie traumatique est ici tout autre, constante création dont il faut saisir toutes les possibilités. Et ce sera le dessein de l'entreprise thérapeutique que de dévoiler ces possibilités ignorées jusque-là du patient lui-même qui pourra alors les incarner autrement et les utiliser différemment sans pour autant les laisser échnapper.

S. Freud et L. Binswanger ne s'opposent pas. Celui-ci le redira constamment et comment imaginer d'ailleurs l'analytique existentielle sans le socle premier de la psychanalyse ? Mais l'orientation diffère et la conception de l'homme est dissemblable. L'ouverture au monde, au socius, à l'histoire déplace l'économie de l'éprouvé pour laisser une position inédite au traumatisme et à ce qui insiste dans l'événement qui lui est lié et qui anticipe déjà au-delà.

La perspective psychosomatique pourrait nous offrir un troisième repère avec l'apport de Médard Boss qui, de façon globalisante, écrit : « Si l'homme total ne saurait se considérer comme un objet, sa corporéité ne peut être uniquement un corps limité par un épiderme. Il faut au contraire concevoir le corps - avec son dispositif animal, végétatif et hormonal - comme la sphère appartenant immédiatement à l'existence humaine ... Le corps représente un des lieux de passage pour la réalisation de nos rapports avec le monde, rapports qui constituent l'existence. » (*Introduction à la médecine psychosomatique*. P.U.F., 1959, p. 33). Et encore : « (n'importe quel syndrome peut être) considéré comme la réalisation corporelle d'un trouble, d'un désaccordement existentiel,

déclenché par des occasions diverses, mais pourvu de la même signification.» (*idem*, p. 95).

Cependant la conception de M. Boss reste trop marquée par l'intentionnalité, par un vouloir-être caché, sorte de destinée précipitant l'homme dans ce qui lui arrive, l'amenant à provoquer «inconsciemment» l'événement. Si cela était, il faudrait le démontrer et en démonter les rouages dont certains, comme nous le verrons, tiennent, beaucoup plus qu'on ne l'admet habituellement, aux effets de pouvoir parvenant à chacun, du lieu d'où ils émanent : le champ socio-historique qui intègre l'homme et lui fournit le lieu de son expérience originale.

Ces repères circonscrivent une aire théorique où notre recherche ne s'implante pas de façon directe. Aucune de ces trois sources n'est explicitement utilisée alors que toutes le sont implicitement. D'autres secteurs disciplinaires pourraient encore être évoqués soit en psychosomatique soit en psychopathologie du travail; les enseignements de l'Ecole française se retrouveront dans le cours même de notre développement. Il était nécessaire de situer dès l'abord les préludes de cette économie traumatique concomitante de l'expansion de la psychanalyse. O. Fenikel (Théorie psychanalytique des névroses) pourrait nous rappeler au besoin que «le moi s'est constitué dans un but de protection contre les états traumatiques»; états qui entraînent blocage émotif et affectif, affaiblissement des fonctions de ce moi et maints autres «phénomènes régressifs». Plus récemment, certains psychanalistes ont retenu la potentialité traumatique directe des pulsions intra-psychiques et intra-corporelles dont la mobilisation jouerait par elle-même un rôle d'événement agressif interne pour le moi. Trauma externe et trauma interne renforcent les tensions et les décharges dont le moi serait le lieu et l'objet.

Toujours est-il que les ruptures de vie et les formes de vie pathologiques sont devenues, deviennent, vont devenir de plus en plus fréquentes. Les hommes seraient-ils moins résistants ? Ils sont probablement plus fragiles puisque possédant des systèmes de sentir et de penser plus perfectionnés et par là peut-être plus difficiles à maintenir en bon état de fonctionnement. Une autre question surgit : l'homme n'est-il pas enclin à produire du pathologique et du psychopathologique plus facilement qu'autrefois ? et ces productions pathologiques doivent-elles être considérées comme anormales, placées dans une registration absolument

médicale ou doivent-elles être appréhendées plutôt comme des formes de souffrances à travers lesquelles l'homme se cherche, s'invente, se crée toute une échelle de possibilités jusque-là méconnues de lui ? On touche ainsi à l'une des frontières de la problématique de L. Binswanger. Le fait est que la socialisation de ces souffrances amène celui qui les éprouve à se considérer comme malade et à l'être réellement avec les conséquences subséquentes. La recherche doit donc se poursuivre du côté de cette socialisation. Toutefois, la mettre en cause directement et renverser le tremplin étiologique pour faire que les névroses actuelles prennent racine dans le milieu apparaîtrait bientôt comme une solution trop sommaire, d'autant que les liens sont complexes entre l'homme et son environnement. On sait que les opinions, les représentations, les idées, les attitudes ... n'émergent pas toutes seules mais sont produites dans le corps social, machine à engendrer des modèles et des patterns, machine à influencer. Qui plus est, le langage, l'énonciation, les gammes des sentiments et des émotions reçoivent aussi l'empreinte intime du social. Optons alors pour ne pas séparer l'homme de son milieu et essayons de traiter les informations qui se tissent dans une bipolarisation à double lien sans rechercher trop impérativement l'origine unique des causes et en accordant par contre la plus grande attention aux effets, ces ruptures de vie qui nous occupent.

Retenons que tout changement de vie, toute modification du rythme existentiel quels qu'ils soient, peuvent jouer tels des événements temporels qui «schizent» (c'est-à-dire coupent et brisent) ce qui jusque-là fonctionnait correctement. De simples mots, disions-nous, une mésinterprétation des mots prononcés par autrui, des gestes ou des attitudes et a fortiori toute situation de tension évidente introduite par une modification inattendue (parfois même, attendue) dans le genre de vie habituel, amenant déception, amoindrissement de soi, impression de rejet, d'abandon, de marginalisation, peut, à travers certains mécanismes qui ne sont pas qu'affectifs, provoquer une cassure avec production psychopathologique consécutive et apparaissant après un délai nécessaire à la perlaboration et à la mise en forme clinique. Un autre repère, orienté vers le social celui-ci, peut être emprunté à Alwin Töffler (*Le choc du futur*, New York, 1970) qui, évoquant les travaux de G. Wolff et Th. H. Holmes aux U.S.A., montre que la simple modification du rythme existentiel peut faire

apparaître des troubles névrotiques : «Il a été établi que les changements de style de vie qui demandent une grande maîtrise de soi et une adaptation difficile sont en corrélation avec la maladie, qu'ils dépendent ou non de l'individu et que ce dernier les désire ou non.» (p. 372 de l'édition française, 1976).

En limitant nos observations aux syndromes névrotiques survenus dans l'après d'un accident extra-crânien, d'allure bénigne, nous avons essayé de saisir l'importance de l'événement temporel et de ses effets. Ces syndromes sont moins post-traumatiques que post-événement-traumatiques; c'est surtout la rupture qui fait événement, interruption d'une chronogenèse qui, désormais, va fonctionner autrement. L'événement correspond à une temporalité qualitativement différente qui s'allie mal avec la succession du temps historique correspondant au déroulement biographique. Les troubles névrotiques n'apparaissent pas tout seuls cependant : il faut les produire; et le langage va servir de relais pour en assurer la mise en forme clinique. Le terme de *maladie-langage* a été suggéré par la réalité de ces troubles névrotiques émergeant au point de rencontre des discours en provenance des énonciations originaires tant du sujet lui-même que de l'environnement.

PREMIÈRE PARTIE

L'accident-événement
et ses troubles névrotiques

Ouverture

Le sujet et le traumatisme

Pour chaque série de troubles, survenant chez un sujet victime d'un accident, on pourra individualiser un syndrome se rattachant à un ensemble historique donné, formé par le sujet, mais aussi par la série des faits inclus dans la situation constatée : causes pathogènes ou qui pourraient l'être, circonstances du déroulement des faits, liens relationnels avec ce qui fait partie intégrante de l'individu : personnes qui gravitent dans sa constellation affective ou protagonistes de sa vie familiale, professionnelle, économique, financière enfin. Ces troubles subjectifs reliés à tant d'aspects qui ne le sont pas, pourront s'assembler autour de deux pôles.

L'un, évident, sollicite une interprétation directe : le sujet. Il sera important d'étudier sa manière spécifique de produire et de vivre ses troubles en fonction de son genre de vie même. Le vécu, le phénoménologique, l'existentiel, le psychologique semblent l'élément premier qui, d'évidence, propose le sujet comme générateur de ses troubles et cela en fonction de l'ensemble circonstanciel qui, apparemment, le motive, l'oblige en quelque sorte à recourir à une maladie-langage.

L'autre pôle est moins évident. L'ensemble circonstanciel n'est plus l'origine directe des troubles, il est un ensemble qui comprend aussi le sujet, quelque chose qui englobe et détermine le sujet lui-même. Le sujet porteur des troubles n'est qu'une pièce de l'ensemble de l'énonciation globale : *il est sujet-expression*. On pourra alors considérer tel syndrome comme un énoncé particulier, axé sur et par le sujet, certes, puisque sans lui il n'y a

pas de troubles, mais surtout et avant tout comme l'un des éléments de cet ensemble. Le syndrome insère le sujet, les troubles dits subjectifs et tout ce qui se rattache à eux, y compris les possibles causes pathogènes, dans un *énoncé* dont il reste à déterminer les conditions de production, d'apparition et de disparition, en fonction des énonciations, à un moment donné et pour ce moment-là de l'histoire. Une orientation différente s'annonce ainsi, qui dépasse les oppositions malade/maladie, troubles subjectifs/troubles objectifs. Il devient possible d'essayer d'analyser des tranches pathologiques, des ensembles de signes en tant qu'*énoncés singuliers* dans le cadre d'une énonciation globale.

Dans une première partie nous procéderons en trois étapes.

D'abord, pour situer cliniquement les troubles post-événement-traumatiques, sera évoqué l'essentiel du classique syndrome dit subjectif des traumatisés du crâne, paradigme de toute approche psychopathologique en matière d'économie traumatique. Cet exposé clinique sera complété par un bref rappel, à propos des névroses post-traumatiques proprement dites, de la sinistrose et par une étude de la crise d'adaptation socio-professionnelle pouvant survenir lors de la reprise du travail après une longue interruption pour maladie. Les données cliniques connues concernant les deux paramètres corporel et social s'offriront à un examen préalable.

Ensuite on pourra lire une observation type, celle concernant Enrico; elle expose la problématique clinique d'une maladie-langage dont la description sera complétée par quatre observations succinctement rapportées.

Enfin pour analyser ces énoncés cliniques nous évoquerons certains aspects de la vie de travail, de la vie socio-familiale ainsi que les composantes psychiques afférentes à l'ensemble des mesures à visée thérapeutique et réparatrice qui entourent ces sujets et leurs troubles.

La deuxième partie de cette recherche aura pour objet l'étude psychopathologique de l'énoncé névrotique post-événement-traumatique dans sa mutation en maladie-langage.

Troubles post-traumatiques et décompensations névrotiques

Les troubles que nous allons décrire tout d'abord sont reliés chronologiquement à une rupture de l'histoire individuelle, rupture évidente, associée à une possible lésion de l'infrastructure nerveuse. Cette introduction est nécessaire pour connaître la sémiologie clinique dite « subjective » ou parfois « névrotique » et pour suivre l'évolution des concepts. Nous commencerons par les troubles qui surviennent après un traumatisme crânien peu important mais suivi de perturbations qu'il est parfois difficile, dans l'état actuel de nos connaissances, de rattacher aux lésions apparentes.

I. LE SYNDROME DIT SUBJECTIF DES TRAUMATISÉS DU CRÂNE

Ce syndrome dit subjectif des traumatisés du crâne¹ nous intéresse pour trois raisons. D'abord parce qu'il est le point de départ des observations des autres syndromes post-traumatiques où dominent les troubles émotionnels; il est en quelque sorte le premier modèle, le modèle majeur. Ensuite, parce qu'on a fait de ce syndrome un syndrome subjectif, c'est-à-dire un syndrome dans lequel le rôle dévolu au sujet est prévalent dans la production des troubles. Enfin, parce que l'on a pris soin d'intercaler le terme « dit » : syndrome *dit* subjectif, ce qui ouvre au

questionnement et introduit une ambiguïté. Ce terme « dit », qui implique-t-il ? Est-ce le sujet qui « dit » son syndrome ? Est-ce le praticien qui, faute de mieux, le « dit » subjectif ? Est-ce le syndrome lui-même qui s'affirme dans son « dire » subjectif, parce qu'il n'a que ce seul recours pour s'extérioriser, apparaître et prendre valeur de tableau clinique ? Autant d'interrogations auxquelles nous essaierons d'apporter des éléments de réponse.

Ce syndrome dit subjectif des traumatisés du crâne est appelé aussi « syndrome post-commotionnel ». On rattache alors sa pathogénie plus directement aux troubles de l'émotion. Nous verrons qu'il y a intérêt à le situer parmi les troubles émotionnels et post-émotionnels ².

L'observation « idéale », le cas type, correspond à celui d'un traumatisme de faible amplitude, simple choc, sans aucune lésion intérieure ni extérieure, où l'examen neurologique et l'exploration paraclinique sont absolument normaux, les réponses restant muettes à tous les niveaux, tout au long du processus, aussitôt après le choc comme à toutes les phases de l'évolution. Le sujet, depuis son accident - ce choc subi par son crâne - se plaint d'une série de symptômes.

1. LE CHOC

Il faut d'abord nous attacher à la *notion de choc*. Le choc est double, physique et psychique.

Sur le plan physique, les traumatismes du crâne qui n'ont provoqué ni fracture de la boîte crânienne ni lésion périphérique, où souvent il n'y a pas même une éraflure de la peau mais simple contusion mécanique, sans trace visible ou palpable, n'en sont pas moins de réels traumatismes qui peuvent entraîner des troubles immédiats ou tardifs liés à l'état de choc. Il peut y avoir, d'une part, perte de connaissance de plus ou moins longue durée et d'intensité variable, pouvant être superficielle - simple étourdissement - ou pouvant friser un état subcomateux ; et, d'autre part, toute une série de troubles neuro-végétatifs avec altération des rythmes cardiaque et respiratoire, variation de la tension artérielle, sueurs ou pâleur, hyper ou hypothermie, tremblements, troubles perceptifs et cénesthésiques, bourdonnements d'oreilles (impression d'entendre des cloches, de fourmillements

sous la peau, de membres endormis ...). Cet état de choc (atteinte plus ou moins massive des fonctions corporelles) résulte du fait même de la chute, du coup reçu, de l'arrêt brusque du véhicule, de la modalité variable de la situation accidentelle. Troubles de courte durée le plus souvent.

Le choc est aussi et surtout, de façon constante, psychique. Trois aspects sont à considérer. Il peut y avoir une commotion³ rattachée au choc : inhibition émotionnelle avec troubles de la vigilance, stupeur de degré variable ou au contraire excitation anxieuse avec possibles fantasmes, agitation, pleurs, désolation, expression d'un tableau émotionnel qui se déroule parfois sans que le contenu ait un rapport quelconque avec l'accident ; le sujet est comme « ailleurs », extériorisant gestes et propos qui correspondent à son monde intérieur et sont animés par la crise émotionnelle. Le plus souvent, ces troubles sont de courte durée, le sujet n'en garde pas le souvenir ou du moins le souvenir est incomplet, estompé. A un degré mineur et, pourrait-on dire, correspondant à un niveau différent, on a une simple crise émotionnelle, dominée par l'anxiété avec atteinte discrète de la lucidité. Les sujets disent souvent : « Je ne me souviens de rien, sauf que j'ai eu très peur ». Il n'y a pas de troubles de la vigilance, mais perturbation émotionnelle ; la peur a été si forte qu'elle a obscurci ou obturé les possibilités de prendre conscience de la situation. Enfin, à un degré encore plus faible, il n'y a que simple peur liée à l'accident, au fait même du choc sur la tête. Inquiétude interrogative. Parfois, peur rétrospective ; c'est après l'accident que le blessé commence à s'inquiéter pour ce qui aurait pu arriver, à tel point qu'il en arrive presque au même état, la peur actuelle réactualisant et donnant de la valeur au virtuel.

Le plus souvent, chez ces blessés, tout revient à la normale très rapidement. Tous les examens étant normaux, ils rentrent chez eux, mais dans les jours qui suivent ou quelques jours après apparaît une série de symptômes attribués au choc et à l'accident et qui s'organisent parfois pour durer très longtemps. C'est le *syndrome dit subjectif des traumatisés du crâne*.

2. LES SYMPTÔMES

Le syndrome obéit à un trépied symptomatique qui se retrouve dans tous les syndromes auxquels nous aurons à faire

allusion y compris dans notre « syndrome d'intolérance au traumatisme ». Les sujets ont des douleurs, se disent fatigués, ont un équilibre instable.

Les douleurs sont diverses mais sont dominées par les maux de tête. « Je ne peux pas supporter ma tête ». Céphalées globales, sourdes, sur toute la tête, avec points douloureux centrés sur la zone contusionnée et aussi douleurs du vertex, des régions occipitale et frontale ... avec exacerbations. Ce sont rarement des migraines bien que les sujets les dénomment telles. Le symptôme douleur est très important. Si le sujet ne souffrait pas, ce ne serait pas un vrai syndrome ; aussi les douleurs apparaissent-elles dans des parties du corps qui n'ont rien à voir avec le choc, du moins à première vue. Algies et polyalgies se manifestent de façon épisodique, simultanée ou successive. Le choc réveille les vieilles douleurs, celles qui siègent potentiellement en chacun de nous.

La fatigue ne manque jamais, lassitude permanente, adynamie, impression de mollesse, de lourdeur ; tout devient pénible et demande effort. L'asthénie est totale et la fatigabilité extrême, aussi bien physique qu'intellectuelle. Les modalités de résistance varient, certains moments sont meilleurs que d'autres mais, de toute façon, le sujet est atteint dans ses forces vives, et cet effondrement représente le symptôme-pivot de son état.

L'équilibre de même n'est plus ce qu'il était. Le choc à la tête a fait perdre pied à ces sujets qui n'ont plus confiance en eux, qui sentent le sol instable, ne peuvent plus s'élever, même sur un tabouret, ne trouvent qu'un équilibre difficile sur un véhicule en déplacement. Il n'y a jamais de vrais vertiges, les examens des organes de l'équilibre sont strictement normaux. Ce sont de « pseudo-vertiges ». En effet, l'exploration du spécialiste serait capable de confirmer l'existence d'une atteinte des systèmes cochléaire, labyrinthique et cérébelleux ; en général elle reste muette, ce qui rejette ces sensations de déséquilibre dans le domaine du subjectif.

Ce tableau est complété par tout un cortège de symptômes variables suivant les sujets. Trois encore manquent rarement à un moment ou à l'autre de l'évolution et parfois s'installent de manière définitive. Ce sont les *troubles du sommeil*, insomnies le plus souvent : les nuits sont mauvaises, le sommeil est fragile, court, les réveils fréquents ; et ceci s'accompagne de somnolence et de torpeur dans la journée et s'intrique à la fatigue ressentie.

Les *troubles du caractère et de l'humeur* sont constants : irritabilité, impatience, plus grande susceptibilité, colères, mauvaise humeur presque permanente. Enfin, ce sont des *troubles de la mémoire*, dysmnésie plus ou moins évidente mais réelle : les sujets sont obligés de tout noter, ne se souviennent plus des faits récents, oublient très facilement. Ces troubles sont plus fréquents et plus intenses chez les travailleurs intellectuels ; ils peuvent s'accompagner de difficultés de l'attention et du raisonnement logique, de perturbations du cours des idées.

D'autres symptômes viennent s'ajouter à cet ensemble, porteurs d'une signification particulière pour chacun. Mais le syndrome évolue autour de ces symptômes et tant qu'il n'y a pas d'autres signes dominants, on conserve ce diagnostic de *syndrome dit subjectif des traumatisés du crâne* dont on essaie d'apprécier l'intensité par les termes « simple », « modéré », « fort », « important ». Et cette appréciation est en général bien différente lorsqu'elle émane du sujet, du médecin traitant ou du médecin chargé d'évaluer l'importance de la réparation matérielle qui sera allouée, et elle deviendra objet de bien des discordes et de bien des discussions.

A ces troubles il faut ajouter, et ceci est le plus important croyons-nous, *l'influence du récit que le sujet en fait*, celle des attitudes et des propos de l'environnement, des médecins, de toutes les personnes qui gravitent dans ce microcosme post-traumatique. Nous aurons à en parler longuement, ultérieurement.

Insistons encore sur ce fait que, chez ces sujets, l'examen neurologique est strictement normal, de même que les résultats de toutes les explorations biologiques habituelles et spécialisées, y compris le tracé électro-encéphalographique.

Ces syndromes peuvent se compliquer, être le point de départ d'autres troubles qui les enveloppent, les débordent, que ce soit sur le plan de l'expression physique ou sur le plan psychiatrique⁴.

II. LES NÉVROSES POST-TRAUMATIQUES

On appelle névrose post-traumatique l'ensemble des troubles

qui apparaissent après un traumatisme, le plus souvent crânien, et obéissent à une certaine organisation dans laquelle les aspects affectifs et émotionnels sont dominants^{5,6}.

Il faut distinguer deux sortes de troubles; ceux, aigus, qui s'installent sitôt après la survenue d'un traumatisme à grand coefficient émotionnel : les névroses post-traumatiques émotionnelles; et ceux qui apparaissent plus tardivement, de façon moins bruyante mais aussi pour une plus longue durée et prennent une allure chronique : ce sont les névroses post-traumatiques proprement dites, beaucoup plus fréquentes, qui se greffent par exemple sur un syndrome post-commotionnel ou sur l'un des symptômes majeurs qui préparera le lit du discours névrotique.

1. LES NÉVROSES POST-TRAUMATIQUES ÉMOTIONNELLES

Le premier groupe de faits, *les névroses post-traumatiques émotionnelles*, ont été étudiées lors des guerres⁷. On les a appelées *névroses ou onirisme des batailles*. Deux éléments prédominent : la frayeur avec impression de danger imminent à caractère de catastrophe, l'impressionnabilité, désorganisation émotionnelle très rapide et très profonde. Ces troubles se rapprochent de ce que Kraepelin avait décrit sous le terme de *névroses d'effroi*. Troubles de grande amplitude émotionnelle, véritables orages bruyants et théâtraux. Ils surviennent lors des situations de danger apparent, danger violent, aigu, soudain ou attendu mais d'une grande intensité. Le sujet voit venir le danger, il a le temps, même si celui-ci est court, de le percevoir. Ce danger imminent est un stimulus terrible, amenant une rupture brusque de toutes les possibilités d'organisation émotionnelle. Il y a généralement perte du contrôle de soi et de la vigilance, onirisme, défilé fantastique d'images, fantasmes effrayants avec agitation, désordre des actes et des propos. Plus rarement, on voit des inhibitions stuporeuses totales, sans aucune action, sans aucun propos; le sujet reste sidéré par la frayeur, les yeux hagards. Les deux formes peuvent se succéder ou alterner. Ces troubles durent peu de temps, cèdent, après la disparition du danger, à l'isolement, aux sédatifs, sont de bon pronostic. On les retrouve aussi dans les grands accidents collectifs, incendies, catastrophes de la voie publique et de la circulation, écroulement d'édifices, phénomènes sismiques, inondations ... ce que l'on appelle communément des « événements » sociaux.

Ces troubles post-émotionnels purs mettent en évidence l'importance d'un facteur très physiologique somme toute, réponse excessive à une agression violente, brusque et intense, exigeant des moyens de défense qui dépassent les possibilités de l'individu et le vident de lui-même. Devant la menace de mort, la perte de tout élément de sécurité, ils traduisent le total désarroi : inhibition émotionnelle, sorte d'intoxication aiguë correspondant à un déferlement biochimique interne.

Ce facteur émotionnel, étudié dans des cas de frayeur extrême, de façon presque expérimentale, au degré maximum de son intensité, se retrouve dans tous les traumatismes quels qu'ils soient, à un degré différent mais certain. La *peur* domine comme phénomène premier dans tous les accidents où l'on voit apparaître ensuite des troubles de nature psychique. Toujours le stimulus premier perturbateur a été trop fort. Mais toute émotion n'est pas pathologique, elle traduit un certain degré de désordre, de désorganisation par rapport aux états de calme et de quiétude, ce sont des désorganisations calculées, prévisibles, qui fonctionnent sur des chemins déjà parcourus en soi depuis la vie de l'enfance. La vie émotionnelle, suite de ruptures et d'équilibre, de désorganisations et de réorganisations, permet les échanges avec le milieu ambiant; elle est un facteur favorable et indispensable pour la socialisation. Les émotions englobent le stimulus nouveau, attendu ou inattendu et la réponse individuelle de joie ou de tristesse, de peur ou de colère, de rire ou de pleurs; l'ensemble stimulus-réponse se conforme dans toutes les situations banales à un modèle socialisé de l'expression affective. L'émotion-choc est une réponse excessive à un stimulus lui-même excessif, pour cet individu-là du moins, mais une émotion qui resterait dans les limites du supportable et qui n'entraîne pas de désordres durables. La pathologie commence lorsque l'émotion perd ses droits d'expression, soit qu'elle ne puisse plus se manifester, soit qu'elle emprunte des voies étrangères à tout ce qui a été inventorié sous le nom d'émotion, et décrit comme tel, dans l'étude du comportement.

On peut distinguer deux formes de cette pathologie émotionnelle. Une pathologie aiguë, bruyante, telle qu'elle se trouve dans les névroses de frayeur, désordre qui s'apaise peu à peu jusqu'au retour au calme. Une deuxième forme qui évolue à bas bruit, à partir d'un stimulus mal toléré qui a provoqué une sorte de « peur qui est rentrée dans le corps » et dont le sujet

n'arrive plus à se défaire, ensemble émotionnel qui peut ouvrir la porte au psychopathologique. On retrouve d'ailleurs ces *sensibilités émotionnelles excessives*, une intolérance aux stimuli violents, inattendus, qui mettent en danger le déjà existant, le déjà organisé, et viennent compromettre une série d'habitudes y compris celles de l'expression émotionnelle⁸. *Sujets peu aptes au changement* et surtout à un changement imposé, non voulu ni souhaité qui pénètre en eux-mêmes comme un *événement* venant tout transformer et s'instaurer en désordre. La surprise initiale accompagnant la peur s'installe comme une sorte d'*état fonctionnel d'alerte*; attention excessive à tout et à rien, à ce qui survient en soi et hors de soi, attitude d'écoute, d'expectative qui traduisent un fonctionnement cérébral dominé par les processus d'excitation avec inhibitions faibles et de mauvaise qualité. Cet état émotionnel est lui-même pathologique par sa durée, par la fréquence de ses réponses. Il peut apparaître très tôt après un accident, il peut persister; il existe ou a existé dans l'organisation de tous les troubles qui nous occupent. Il faudra compter avec lui.

2. LES NÉVROSES POST-ÉMOTIONNELLES

D'allure subaiguë ou chronique, elles apparaissent de façon légèrement différée, après un accident banal, et même s'il y a des troubles psychiques ou du comportement, ils s'organisent moins facilement en névrose et ne sont pas au premier plan dans le tableau clinique.

Ces névroses ont plusieurs formes d'expression. La plus connue, la plus habituelle est l'*hystérie*⁹ dont une forme clinique particulière est l'*hystéro-traumatisme*. Ce terme d'hystérie n'a pas toujours recouvert les mêmes acceptions pathogéniques. Deux aspects sont importants. C'est, d'une part la plasticité et la suggestibilité du sujet, et de l'autre l'aspect expressif lié à la conversion subjective. *Plasticité et suggestibilité* impliquent la possibilité de donner des formes expressives à un trouble quelconque sous l'injonction d'ordres reçus ou d'impressions vécues : l'intensité de la douleur ou de la fatigue, par exemple, peut ainsi croître ou diminuer sous l'action de telle influence psychologique. L'aspect conversion subjective est lié à la notion d'un conflit affectif ou émotionnel interne, non conscient. Ce conflit

trouve une expression clinique différente par l'intermédiaire d'une activité mentale d'images dégradées, de représentations rentrées, émoussées, plus ou moins inconscientes, ce qui aboutit à un trouble devenu extérieur, candidat, lui, à une expression qui exige des spectateurs, des participants. On a parlé d'une certaine théâtralité des troubles hystériques et l'on sait que déjà Charcot arrivait à guérir ces troubles, c'est-à-dire à les faire disparaître de la scène, par l'isolement absolu et prolongé du sujet. Cette notion de conversion ouvre la porte au doute. Qu'est-ce que le sujet peut convertir ? Est-ce le conflit lié au traumatisme déclenchant (la peur « rentrée » par exemple) ou bien est-ce un conflit déjà ancien, siégeant dans l'individu bien avant la survenue de l'accident ? Tout le dossier du rôle du sujet dans la production de ses troubles est ainsi ouvert.

A côté de l'hystérie, dont nous ne décrivons pas les formes cliniques, existent deux types de névroses : la névrose obsessionnelle et la névrose phobique.

Les névroses obsessionnelles post-traumatiques sont peu fréquentes, même sous forme larvée ou incomplète ; ce sont plutôt des syndromes d'allure obsessionnelle où l'on peut retrouver en leitmotiv les circonstances de l'accident ou un seul de ses aspects. Rythme obsessionnel, aspect répétitif ; sorte de litanie qui, sans cesse, revient, accompagnée d'anxiété. Le sujet étant persuadé que si « cette idée lui sortait de la tête » tout rentrerait dans l'ordre.

Les syndromes phobiques post-traumatiques sont par contre très nombreux, axés sur la peur et l'angoisse. Peur qui tenaille les sujets, qui peut-être existait déjà, mais qui s'est accrochée à l'accident, au traumatisme et demeure là, comme une force secrète faisant apparaître les figures multiples d'un ballet sans fin. Phobies présentes partout dans le contenu mental, mais aussi projetées dans le corps sous forme d'angoisse d'organes, de douleur, de trouble privilégié de telle partie du corps.

On peut rencontrer des formes cliniques du type psychasthénie ou du type névrose d'angoisse, mais partout la plateforme névrotique du type hystérique est plus ou moins à l'œuvre.

Il faut ici rappeler que depuis Freud¹⁰ la névrose correspond à un type de troubles bien précis, lié à un traumatisme originel ou à un refoulement originel et à une structure de la vie affective qui reproduit la structure dominante à tel stade du développement de la vie affective. L'hystérie, la névrose obsessionnelle

répondent à des réalités cliniques et à des stades types particuliers de la distribution affective.

Ici la dénomination de névrose post-traumatique implique une organisation de long cours et l'absence de signe objectif.

On a isolé d'autres affections dans l'ensemble disparate des troubles psychiques post-traumatiques : des syndromes korsakoviens où domine l'amnésie, des états psychotiques, des démences même, mais pour ces troubles on peut trouver des éléments d'organicité certaine⁴. Ils ne retiendront pas notre attention *dans cette étude orientée vers le rôle du seul événement temporel*.

3. LA SINISTROSE

Il nous reste à étudier ce qu'on a appelé *sinistrose* depuis la description de Brissaud en 1908¹¹. Les névroses de rente sont basées sur le fait que le sujet ferait apparaître ses troubles en vue d'obtenir un bénéfice et que ceux-ci disparaîtraient dès que la réparation est obtenue.

Sur le plan individuel, trois notions sont incluses dans ce facteur ou cette composante sinistrosique. *La majoration subjective* d'abord; l'amplitude ou l'intensité d'un symptôme sont exagérées de manière non consciente et non voulue : on peut dire que le sujet se prend au jeu de ses troubles. *La simulation* ou dissimulation de la réalité est l'extériorisation plus ou moins consciente de troubles dont on vit les conséquences et les désagréments : c'est une sorte de mise en scène qui se prend aussi à son jeu et finit par prendre une existence réelle. La simulation n'est pas aussi facile à diagnostiquer qu'on l'a dit, et nombre de simulateurs soi-disant confondus ont été probablement les victimes des autorités médicales et juridiques qui se sont contentées de leur affirmation pour ne pas perdre la face (c'est plus facile) pour la faire perdre au soi-disant simulateur. La vraie simulation est rare et difficile. *La sursimulation subjective* est une sorte de majoration des manifestations cliniques où se mêlent troubles et mise en scène des conséquences psychologiques de ces troubles et de leur portée invalidante : elle est fréquente et peut être facilement démasquée; elle est le fait de sujets plastiques, suggestibles, non doués en général d'un grand talent de metteur en scène.

On s'est aussi attaché à mettre en évidence, dans la sinistrose, le rôle des influences sociales organisées, appels et injonctions à revendiquer pour obtenir de substantielles réparations. Rôle probable des incitations des juristes et des techniciens spécialisés dans la réparation des dommages corporels.

Nous verrons ultérieurement comment situer l'action de ces facteurs dans le discours des symptômes, et leurs intrications dans les pathomimies. Disons tout de suite que le facteur sinistrose est moins important qu'on ne le pense (et aussi moins lucratif qu'on ne le dit).

L'évocation de ces troubles névrotiques survenus après un traumatisme montre que nous assistons à une mise en forme plus riche et plus durable, faisant appel à des matériaux tant psychiques que sociaux plus importants et à la mise en jeu de particularités individuelles qui leur confèrent ce caractère d'*énoncés psychopathologiques spécifiques* mais d'où la possible atteinte biologique sous-jacente n'est jamais totalement exclue, bien que non évidente. La sémiologie que nous venons de décrire se retrouve dans les formes névrotiques survenant après un événement traumatique extra-crânien léger; nous n'en reprendrons donc pas la description.

III. LA CRISE DE RÉADAPTATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

Sous le nom de « crise de réadaptation sociale à l'occasion de la reprise du travail », Jean de Verbizier¹² a décrit un ensemble de troubles de plus ou moins grande gravité, de plus ou moins longue durée, qui surviennent après une affection morbide bien caractérisée, considérée comme guérie ou stabilisée et quand la reprise d'une activité est redevenue possible. Ces troubles naissent au moment de la reprise du travail et peuvent surprendre même l'intéressé qui était tout à fait décidé à reprendre son emploi, sinon convaincu de cette nécessité. D'autant que le plus souvent il avait provoqué lui-même la demande d'activité en accord avec le médecin traitant. Au moment où un processus pathologique prend fin, est considéré dorénavant comme non évolutif, où la reprise d'une activité ne laisse craindre aucune réactivation

du processus et peut même être considérée comme bénéfique, cette reprise du travail amène le changement. Elle est l'introduction dans la série des conduites à but thérapeutique d'une sorte d'achèvement, tentative pour mettre vraiment fin à la période de maladie, puisque cette décision de la reprise du travail situera le sujet non plus parmi les malades mais parmi les bien-portants. Reprise qui se fait, si possible, aux lieux et places occupés avant l'arrêt du travail.

Il convient de préciser que les troubles manifestés dans cette « crise » ne sont plus ceux du processus morbide en action jusque-là. Il faut écarter la problématique des *rechutes*. Il existe en effet des cas où, d'un commun accord entre malade et médecin, la reprise d'activité paraît possible alors qu'en réalité l'évolution n'est pas terminée, simple arrêt apparent, évolution à bas-bruit. On croyait tout terminé, et tout repart dès la mise à l'épreuve, dès les premiers efforts qui rompent l'équilibre trop précaire encore. Fréquemment, c'est le médecin qui incite le patient à recommencer son travail, soit à titre d'essai, sorte de risque calculé avec l'assentiment de l'intéressé pour voir si cela tient ou non, soit parce que le médecin craint que les choses ne s'installent dans une sorte de sclérose et qu'après un arrêt jugé trop long pour l'affection en cours, il n'y ait comme une ankylose, interruption qui se transforme en inhibition prolongée, devenant peu à peu chronique, par habitude, sorte de nouvelle « osmose » entré le sujet et ses troubles. Il existe aussi le cas plus délicat à apprécier, où c'est le sujet qui manifeste le désir de ne plus être malade : reprise sans accord explicite du médecin ou nettement contre l'avis médical. Sujets qui abusent de leurs forces, qui veulent montrer à eux-mêmes et aux autres qu'ils peuvent vaincre la maladie à force de volonté et de ténacité (et cela arrive), désir de ne pas s'écouter, de ne pas donner de l'importance aux troubles, de ne pas faiblir, de ne pas s'installer dans un système de conduites où l'on craint de s'enliser, de ne pouvoir revenir en arrière et de s'en sortir enfin. C'est peut-être aussi par ennui, par impatience, parce qu'on ne s'aime pas malade, qu'on se rend insupportable à soi et aux autres, parce que la chambre, la maison, le lieu de repos sont pris en grippe, avec nostalgie de la vie professionnelle, des copains, des lieux de travail, de la suite des habitudes du trajet, des histoires qu'on se raconte, de toutes ces séries de petits faits liés à la vie de labeur qui n'est pas toujours, comme on le dit trop facilement, le lieu abhorré qu'on

nous dépeint ça et là ; par nécessité tout simplement de récupérer la totalité de son salaire. Il reste la notion secrètement imprimée en chacun de nous, que santé et travail sont liés et que tant qu'on peut travailler, c'est qu'on a la santé. Désir donc plus ou moins intempestif de revenir au travail pour ne pas accepter la maladie, lui refuser droit de cité, gommer ses effets. Ce peut être aussi parce que l'on ne sait rien faire d'autre que de travailler, sorte d'automatisme, séries d'habitudes qui conservent un pouvoir, exigent le retour au lieu où, jour après jour, on gagne son pain, on assume ses responsabilités, on a peut-être l'impression d'être utile, de servir à quelque chose, d'occuper une place dans ce poste de travail qui peut être considéré comme une implantation sociale, une promotion. Restent ces rechutes où la reprise de l'occupation est sollicitée par le sujet qui abuse de la confiance du médecin, qui le trompe carrément en lui faisant croire que tout va beaucoup mieux ou que tout est fini, afin de revenir à la situation précédente, alors que la rechute est là, en attente, prête à aggraver l'évolution des troubles. A quoi correspondent de telles attitudes ? Inconscience ? Désir secret d'aller plus mal ? C'est après coup, en général, qu'on se rend compte de la gravité d'une telle décision et qu'on peut en déduire que cela était secrètement voulu par l'intéressé avec plus ou moins de clairvoyance ; on avance l'idée de la manifestation d'un dynamisme profond d'échec, avec désir réel que les choses aillent plus mal, sorte de conduite suicidaire. Il faut rester circonspect et ne pas glisser trop facilement une étiquette sur la nature d'une conduite ; il ne faut pas que les explications radicales, toutes prêtes, nous empêchent d'observer la complexité d'une conduite en situation.

Ce préliminaire nous a servi à exposer quelques-uns des rapports de l'homme avec sa maladie, que nous compléterons au chapitre II de la deuxième partie, et nous pensons que ces rechutes sont à considérer dans cette perspective, en chemin vers la compréhension de la « maladie-langage » qui n'est pas que simple expression d'une trop simple donnée, le soi-disant programme pathogène inclus au tréfonds de l'individu, oublié de tous et surtout de l'intéressé lui-même.

Cette dérive sur la notion de rechute nous permet de mieux différencier et d'isoler ce qui a été appelé *crise de réadaptation*. Nous reprendrons d'abord les aspects cliniques, succinctement, de manière à indiquer les situations où on la rencontre le plus souvent. Mais parler de crise de réadaptation implique ensuite

que nous essayions de développer deux notions importantes pour notre propos : *les notions de crise et celles d'adaptation et de réadaptation.*

Cette crise de réadaptation, on peut la voir apparaître après une longue interruption pour maladie sévère et pénible comme la tuberculose ou toute autre maladie au long cours, après un arrêt de travail pour accident du travail ou de la voie publique, sans que l'étiologie précise des troubles ayant entraîné la mise à l'écart des habitudes professionnelles soit bien définie. Dans chaque cas la guérison ou la stabilisation sans rechute prévisible avaient été acquises et les troubles qui prennent naissance soit dès la reprise de l'activité, soit après une période de latence plus ou moins longue, s'organisent sur un mode très différent du processus morbide antérieur. Disons pour simplifier, et d'après Jean de Verbizier, qu'ils *appartiennent à la série névrotique* dans l'acception large du terme : troubles sans base organique précise, manifestations d'intolérance qui réclament l'intervention du médecin.

Le syndrome de la crise utilise une sémiologie banale, emprunte tel symptôme à une série sémiologique différente, ce qui dénote le glissement d'un palier à un autre et l'utilisation faite par l'expression de voies d'un autre étage de l'édifice corporel. Les symptômes attendus sont : la fatigue, les algies, les pertes d'équilibre et toutes leurs variantes. Des symptômes plus originaux : troubles du sommeil, insomnie ou souvent hypersomnie ¹³, les manifestations anxieuses jusque-là inconnues du sujet ; les tendances à une alcoolisation excessive, tendance nouvelle chez le sujet considéré ; les troubles du comportement sans raison apparente, soit l'irritabilité, l'impatience, la colère même chez des individus jusque-là très calmes, soit l'apathie, le laisser-aller, l'inertie, le désintérêt chez des gens habituellement présents à eux-mêmes et au monde. Plus rarement on trouve des syndromes très franchement anxieux ou dépressifs, formes larvées d'une inhibition mêlée d'excitation légère, particulièrement pénibles, longs et résistant à la thérapeutique.

Pour éclairer les notions de crise et d'adaptation, on peut rapprocher ces syndromes de manifestations constatées lors d'un changement quelconque du rythme de vie, et c'est pourquoi nous assimilons ces troubles à ce que nous voulons étudier comme « maladie-langage post-traumatique », le *changement*, quel qu'il soit, pouvant être considéré comme un événement

temporel. On pourrait ainsi retenir ce qu'on a appelé « crises de l'adolescence »¹⁴, « crises de l'entrée dans la vie »¹⁵, de même que par exemple les crises survenant au service militaire lorsqu'il éloignait le conscrit de la vie civile pour une longue période¹⁶. Les crises apparaissent à la sortie d'un établissement, chez un sujet qui est resté longtemps enfermé et séparé du monde. Ce sont « le vertige de la sortie » décrit chez les malades quittant l'hôpital psychiatrique lors de l'introduction des techniques modernes de traitement, alors que les séjours hospitaliers pouvaient se chiffrer en années; les inadaptations des reclus; celles se manifestant au moment de la mise à la retraite, à l'entrée dans le troisième âge, lors du vieillissement. On a décrit des crises à propos de tout ce qui provoque un changement de direction, que ce changement intervienne brusquement, de façon inattendue, ou que la mutation soit attendue et même préparée.

La « crise » doit être rattachée à un moment de mutation, de transformation à l'apparition d'une bifurcation dans le cours de l'histoire. Elle est un changement qui s'adjoint au changement déjà attendu ou venant de façon imprévisible. La crise traduirait une certaine intolérance, une opposition au changement, ensemble de faits qui font obstacle au changement qui survient. Elle peut être aussi caractérisée par l'accumulation des faits qui suivent le changement, en accélèrent la démarche, débordent dans leur impétuosité la mutation annoncée, et en font une révolution anarchique, débordement « gauchiste » qui ajoute au changement, le modifie, le fait entrer en sur-crise. Il y a toujours ce quelque chose qui s'ajoute au changement pour en modifier l'issue, que ce soit pour en accélérer le cours de façon heureuse : crises de résolution qui avancent vers une étape plus calme où la reprise en mains est possible, ou que ce soit pour la compromettre : crise d'adaptation négative qui substitue au changement une série de faits et de situations faisant problème, s'érigent en barrage, interdisant toute possible solution.

Les périodes de crises correspondent aux moments de grande activité transformatrice, avec dépenses d'énergie, création d'autres formes de vie et d'activités, apparition de formes nouvelles d'existence, parfois pathologiques, avec mise en forme de signes et de symptômes qui peuvent se constituer de façon plus ou moins durable en syndromes, en maladies. Les périodes de calme, de bonne entente, coïncideraient avec les phases

d'*adaptation*, ces moments pendant lesquels les échanges entre l'individu et son environnement sont maîtrisés tant au dedans même de l'individu et de son milieu intérieur, que dans l'environnement, voire même en ce qui ne semble pas les concerner. C'est pourquoi on ne peut parler que d'*adaptation relative*, toujours à la veille ou au lendemain d'une crise, les phases d'inadaptation et d'hyperadaptation se succédant, alternant, arrivant à cohabiter de façon plus ou moins heureuse. Le pathologique n'a droit à la dénomination de désadaptation ou de décompensation que si la nocivité de l'inadaptation l'emporte, au point que la déclaration officielle de maladie soit nécessaire pour essayer d'affronter les possibilités de résolution en faisant appel à des mesures thérapeutiques et de réinsertion sociale.

NOTES

1. H. Ey, « Traumatismes crânio-cérébraux », *Encyclopédie médico-chirurgicale. Neurologie*, n° 17 585, 1955.
2. H. Hecaen, J. de Ajuriaguerra, R. Angelergues, « Troubles mentaux dus aux traumatismes crâniens », *Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie*, n° 37 520 et ss., 1955.
3. G. Dumas, *Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre*, Alcan, 1919.
4. R. Angelergues, M. Audisio, « Troubles mentaux secondaires aux traumatismes crâniens », *Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie*, n° 37 520, 1963.
5. E. Evrard, « Les névroses traumatiques », *Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française*, 1954. Et aussi H. Hecaen et A. de Ajuriaguerra, « Les problèmes théoriques », *idem*.
6. J. Ley, « Approche clinique et pathogénique des névroses post-traumatiques », *Congrès de psychiatrie et de neurologie*, Bruxelles, Masson, 1969.
7. A. Leri, *Commotions et émotions de guerre*, Masson, Paris, 1918.
8. A. Fernandez, *La cataplexie. Contribution à l'étude psychophysiologique de l'émotion*, thèse de médecine, Toulouse, Société générale d'impression, Toulouse, 1952.
9. J. Babinski, Froment, *Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe*, Paris, 1918.
10. a) J. Breuer, S. Freud, *Etudes sur l'hystérie*, 1895, traduction 1956, P.U.F.
 b) S. Freud, *Introduction à la psychanalyse*, 1916-1917, traduction 1951, Payot, où l'auteur expose un condensé de ses conceptions sur les névroses et l'évolution de la vie affective.

11. Brissaud, *La sinistrose*. a) Concours médical 1908, 114.
b) Bulletin médical 1909, 439.
12. Jean de Verbizier, *La crise de réadaptation sociale à l'occasion de la reprise du travail*, thèse de médecine, 1954.
13. P. Sivadon, J. de Verbizier, « L'hypersomnie : mécanisme de défense et symptôme d'alarme en pathologie mentale », *Annales médico-psychologiques*, déc. 1953, p. 187. Les auteurs attirent l'attention sur la défense hypersomniaque utilisée pour cacher le stimulus agressif, l'oublier, négativer ses conséquences perturbatrices.
14. R. Amiel, J. Bonningue, R. Delmas, L. Rambault, J. Rousselet, A. Sivadon, « Problèmes médico-sociaux posés par la reprise d'activité de l'adolescent après maladie ou accident », *Evolution médicale*, n° 2, 1957, pp. 99-121.
15. G. Lapassade, *L'entrée dans la vie*, Minuit, 1963. L'auteur soutient la thèse que l'homme est et reste inachevé avec des entrées et des sorties perpétuelles en soi et dans le monde, qui manifestent le changement. La notion « d'entrisme » est appelée « à désigner le mouvement permanent par lequel l'homme s'efforce, jusqu'au terme de son existence, d'entrer dans la vie. » p. 244.
16. A. Fernandez, *Les crises d'adaptation des jeunes appelés*, monographie ronéotypée, hôpital psychiatrique de Cadillac (Gironde), 1955.

Traumatisme et troubles névrotiques

1. LES DONNÉES CLINIQUES

Depuis une vingtaine d'années nous avons été amené à observer de nombreux sujets présentant des troubles psychiatriques après un accident du travail ou quelquefois après un accident de la circulation. Toutefois, ces perturbations psychopathologiques ne se manifestent pas n'importe quand ni chez n'importe quel sujet. On a pu remarquer que, si l'on excepte bien sûr les troubles résultant de lésions patentes des centres encéphalo-médullaires, les syndromes d'allure névrotique sont le fait surtout de sujets victimes de « petits » accidents et que, d'autre part, les signes pathologiques ne se montrent pas pendant la période évolutive du décours des lésions corporelles, mais bien pendant la phase de récupération ou de convalescence.

On a pu ainsi rassembler de nombreuses observations (plus de cinquante) de cas très « purs » dans lesquels l'absence de lésion nerveuse et la faible amplitude de l'atteinte anatomique s'accompagnent cependant de troubles relevant du domaine psychopathologique. Ces sujets ont été vus soit lors d'examens systématiques de médecine du travail, soit dans une consultation de psychopathologie du travail, soit en pratique privée ou encore lors d'expertises ou de contre-expertises neuro-psychiatriques. Les examens sont orientés, dans un premier temps, vers la recherche de trois données cliniques corrélatives : 1) l'absence de lésion encéphalo-médullaire ; 2) l'existence de lésions corporelles

limitées et simples; 3) la présence d'un syndrome d'allure névrotique. Un protocole d'observation plus détaillé a ensuite guidé l'investigation dans la recherche des modalités de l'accident et des circonstances de son occurrence, dans la reconstitution de l'anamnèse et du passé immédiat des sujets présentant ces troubles, enquête donnant toute leur place aux composantes professionnelles, familiales et sociales.

Plusieurs constatations se sont ainsi imposées.

1. D'abord la banalité des troubles psychopathologiques, répétitifs et monotones dans leur expression, et leur analogie avec ceux du syndrome dit subjectif des traumatisés du crâne ou des névroses post-traumatiques.

2. Ensuite, l'absence évidente de caractéristiques spécifiques au sujet. Les éléments de la biographie sont anodins. Rien ne pouvait laisser supposer l'éclosion de ce syndrome à la suite d'un accident aussi simple. L'adaptation à soi, au travail, au monde, se situe toujours dans les paramètres de « normalité » statistique requise.

3. De façon plus générale, l'absence de valeur significative de l'âge, du sexe, de la nationalité. Nos examens ont surtout porté sur des travailleurs du bâtiment ou des ouvriers d'usine, seule raison pouvant expliquer le plus grand nombre d'hommes que de femmes dans nos observations.

Ces premières constatations allaient orienter différemment notre recherche. Dans un premier temps nous avons pensé qu'une étude de la biographie de chaque blessé révélerait les raisons de l'apparition d'un volet psychopathologique. L'avant nous apporterait la lumière sur l'après. Le matériel clinique nous a montré bientôt que la relation entre l'accident et l'apparition du syndrome névrotique *n'avait pas pour seul maillon de transmission le sujet lui-même*. Il ne s'agissait pas d'une « convalescence compliquée » ressortissant à un type précis de sujets. Certes les troubles existaient chez tel blessé plutôt que chez tel autre mais la relation s'établissait surtout avec la coupure que constituait le traumatisme, facteur de désorganisation malgré le caractère anodin des blessures.

Tout semblait se passer comme si l'accident désorganisateur devenait un événement éprouvé de façon fort pénible par le blessé (malgré le halo émotionnel contemporain peu intense), événement générateur d'hétérogénéité, dans la mesure où il coupait la ligne temporelle des habitudes et des rythmes de vie.

Nous allons « lire » les données cliniques concernant l'histoire d'Enrico.

II. L'OBSERVATION CLINIQUE D'ENRICO

Enrico, ouvrier électricien, célibataire, était âgé de 28 ans lors d'un accident du travail ayant consisté en un écrasement du pouce par un coup de marteau, survenu le 4 février 1960. La première consultation en psychopathologie du travail est notée le 2 septembre 1960. Nous examinerons sept phases.

1. Les données biographiques : vie personnelle, familiale, professionnelle. Passé pathologique éventuel. Ligne du temps historique : succession des faits, création d'habitudes, formation professionnelle, organisation d'une ligne de vie avec un projet d'existence, une anticipation vers l'avenir immédiat et l'avenir lointain.

2. L'accident. Traumatisme « minime » qui « détraque » la succession établie. Coupure qui va imposer des soins, un arrêt de l'activité professionnelle. Rencontre « malheureuse ». Irruption d'un temps différent, événement qui brise la ligne du temps historique, l'empêche de continuer sa course suivant les prévisions.

3. La période des soins immédiats et leur suite. Les mesures médicales et d'assistance. Période de soins actifs, de rétablissement et de récupération des parties blessées. Temps thérapeutique.

4. La phase de convalescence, attente d'une consolidation ou d'une guérison avec prochaine reprise du travail et rétablissement d'une continuité avec la vie antérieure, « comme autrefois ». Temps de latence au cours duquel se prépare « autre chose ». Incubation dans l'incertitude.

5. L'apparition des troubles psychopathologiques; diagnostic et prise en charge thérapeutique, temps « hors temps » par rapport à l'accident et en fonction de l'histoire du blessé. Temps « off ».

6. La phase de résolution avec instauration d'un genre de vie différent de celui d'avant l'accident, bien qu'inséré dans le monde du travail et dans la société. Temps du retour à l'histoire, fin

d'une dérivation psychopathologique pénible et coûteuse. Temps aussi de transition vers une reprise en mains affirmative de l'avenir.

7. Essai de synthèse et vue d'ensemble de l'articulation de ces diverses phases évolutives.

1. DONNÉES BIOGRAPHIQUES. TEMPS DE L'HISTOIRE

Enrico est né le 15 janvier 1932 dans la région d'Agrigente. La famille d'origine paysanne a une petite propriété dans cette zone agricole. Enrico est le deuxième d'une fratrie de cinq membres : trois garçons, deux filles. Le père est décédé d'un cancer du tube digestif à l'âge de 46 ans, en 1953. La mère, âgée de 52 ans au moment de l'accident, est en bonne santé et habite toujours en Sicile avec les deux sœurs d'Enrico. On ne note aucun antécédent pathologique particulier, que ce soit pendant l'enfance, l'adolescence ou à l'âge adulte. L'enfance se passe au foyer familial ; il aide vite, comme l'usage en est courant, aux tâches de la ferme. Il fréquente l'école dès l'âge de six ans et jusqu'à onze ans. Après la période scolaire, il reste à la ferme tout en allant à la ville chez un électricien pour essayer d'apprendre le métier. En effet, sans pouvoir préciser comment cette idée lui est venue, il sait que depuis toujours, aussi loin qu'il se souvient, *il veut être électricien*. Mais, que les travaux de la ferme soient trop accaparants ou que les moyens matériels soient insuffisants, le rêve d'Enrico ne se réalise pas. Il ne peut, en Sicile, espérer devenir électricien et travailler dans le bâtiment en tant que tel. La vie s'écoule simple et monotone ; on ne note aucun fait mentionnable, pas de souvenirs de la guerre, pas d'aventures, vie affective sans éclat.

Vers l'âge de 20 ans, il décide avec ses deux frères de partir en Suisse chercher un travail plus lucratif. Ils s'installent à Berne. Enrico veut tout de suite apprendre l'électricité et la langue française. On ne sait pas si dès ce moment il projette de venir à Paris. Il montre une certaine ténacité et, selon ses dires, il fait vite de réels progrès. Tout en travaillant comme petit compagnon dans le bâtiment, il suit une formation d'électricien par correspondance et des cours de français pour étrangers. Tout se passe très bien. Il est heureux et content de lui. En dehors du travail, il s'amuse un peu ; la vie en Suisse est plus facile qu'en Sicile, ses

moyens financiers sont meilleurs. Il s'entend bien avec ses frères, se trouve d'autres amis, fait quelques rencontres amoureuses.

A 24 ans, il rentre en Italie faire son service militaire. C'est pour lui un excellent souvenir ; il fait ses classes dans un régiment motorisé où il peut exercer ses talents et travailler comme électricien pendant les dix-huit mois de son service.

Aussitôt après il vient en France, à Paris, où ses frères sont déjà établis. Il n'a aucune difficulté pour trouver du travail en tant qu'électricien dans le bâtiment. Tout se déroule parfaitement. Il se sent tout à fait bien adapté à la vie parisienne et à son travail. Il pense rester en France et formule quelques projets d'installation plus stable. En tout cas son avenir lui semble clair et facile ; sur le plan professionnel tout paraît lui réussir.

Le 4 février 1960, c'est l'accident.

2. L'ACCIDENT

a. *Les faits*

En faisant des trous au plafond pour enfoncer des vis et placer une applique, Enrico se frappe le pouce gauche avec le marteau tenu de la main droite. Le coup porte sur la deuxième phalange qui est écrasée. Enrico a mal. Il avertit ses compagnons de travail. On l'amène à l'hôpital assez proche. Le chirurgien pratique des soins rapidement : il juge la blessure minime et diagnostique une fracture comminutive : la deuxième phalange du pouce est fracturée en plusieurs petits fragments, mais il n'y a ni déplacement osseux ni grave contusion tissulaire apparente. Le chirurgien nettoie la plaie, applique un pansement aseptique et immobilise le doigt pour obtenir la correction de la fracture de façon simple. Parallèlement il prescrit un suppositoire analgésique pour éviter la douleur à venir et, après avoir rempli les certificats d'arrêt de travail pour la Sécurité sociale et pour l'employeur, il renvoie Enrico chez lui, ne jugeant pas utile de le garder à l'hôpital et lui conseillant de revenir se faire soigner les jours suivants, régulièrement.

b. *Impressions du blessé* (récit obtenu huit mois après l'accident)

Enrico reconstitue ainsi le déroulement de ses impressions :

« sur le coup j'ai été surpris... je ne m'y attendais pas... j'avais déjà reçu des coups sur les doigts en travaillant mais ce n'était rien, jamais de véritable accident. J'ai eu mal, très mal même et aussi, il faut bien l'avouer un peu peur... Mais les camarades se sont occupés de moi... il n'y avait presque pas de sang... la douleur restait vive. On m'a amené à l'hôpital tout à côté, au service d'urgence, en chirurgie. J'ai attendu un peu, mais en réalité je crois bien que cela m'a paru long. Puis le chirurgien est venu... Il a regardé la plaie, l'a désinfectée, a fait un pansement puis il m'a prescrit un suppositoire pour calmer la douleur... mais j'étais inquiet et j'ai eu de nouveau très mal au moment des soins... Je ne croyais pas qu'un doigt pouvait être si douloureux. Le chirurgien a peu parlé, il m'a simplement dit que ce n'était rien, que j'avais sans doute l'os de la phalange fracturé mais qu'il faisait ce qu'il fallait et qu'après l'immobilisation tout irait bien. Tout cela a duré très peu de temps et on m'a renvoyé chez moi aussitôt en me demandant de revenir montrer mon doigt dans quelques jours. »

c. Commentaires ultérieurs sur ces faits

Nous avons essayé de faire préciser à Enrico ce qu'il avait ressenti et pensé autour de l'accident et des soins reçus, juste après, une fois rentré chez lui, puis pendant la nuit et durant les jours qui ont suivi l'accident. Il nous a dit : « Je ne sais plus, cela a été si vite... mais *je sais que j'ai été très déçu à l'hôpital*, je m'attendais à ce qu'on me garde, moi, j'avais mal et j'étais inquiet, je croyais qu'on allait faire d'autres radiographies et qu'on me garderait en observation... J'ai été déçu, très déçu. Déjà que j'étais fort mécontent de moi, d'avoir été si maladroit alors que j'avais l'habitude de ce travail. Pensez si j'en avais planté des clous ! La nuit a été mauvaise, malgré le suppositoire. Mes frères se sont occupés de moi. Puis le surlendemain, comme j'avais toujours très mal, sur le conseil de mes frères je suis allé voir mon médecin traitant, celui qui soigne la famille. Il n'a pas été très rassurant ; il m'a dit : « Tu aurais dû avoir une piqûre antitétanique et on aurait dû t'opérer. »

Enrico répète encore plusieurs fois : « Il est sûr qu'on aurait dû me garder à l'hôpital... Il fallait m'opérer et on m'a simplement donné un suppositoire ! ».

Il est clair que ces propos ont été exposés mille et une fois, à la famille, à tous ceux qui ont eu affaire avec Enrico. Une véritable rumination mentale, devenue un peu obsessionnelle, sert de support à ce récit où le blessé traduit une frustration certaine.

3. LES SOINS ULTÉRIEURS : SUITE ÉVOLUTIVE

Après la consultation au médecin de famille, les choses continuent à s'aggraver. Les douleurs augmentent en intensité. Le doigt reste immobilisé et Enrico se verra obligé de porter la main en écharpe. La main au repos, le pouce mieux protégé par cette position de la main, l'avant-bras replié sur le bras appuyant sur le corps, la douleur se calme. Peut-être a-t-on fait aussi un traitement anti-inflammatoire et calmant; Enrico ne s'en souvient pas. Dès la fin de la première semaine, le pouce est enfin pratiquement indolore. Mais voilà que des douleurs se font sentir non plus au doigt mais le long de l'avant-bras et du bras, du côté gauche. Comme une sorte de syndrome extenso-progressif ascendant : diffusion régionale des troubles. Si bien que trois semaines plus tard, alors que la fracture de la phalange est réduite et le pouce pratiquement guéri, Enrico conserve sa main en écharpe, l'avant-bras replié sur le bras immobilisé par les douleurs qui s'exacerbent à la moindre tentative de mobilisation.

Les appréciations du chirurgien suivent des fluctuations. D'abord (toujours d'après le blessé), il parle peu et applique ses soins de façon technique, et, pense Enrico, peu efficace. La fracture réduite, l'inflammation résorbée, des massages sont prescrits pour amener une mobilisation de ce membre qui a tendance à s'ankyloser. Puis un jour, excédé, il dira : « Ah, si j'avais su que tout cela allait arriver, je t'aurais coupé le doigt dès le premier jour ! ». Le blessé qui va rapporter ces propos (nous n'avons pu vérifier leur exactitude !) conclut : « Il a dit ça après, mais il n'avait pas même pu voir qu'il y avait du pus dans mon doigt ! ».

Il semble d'ailleurs qu'Enrico soit revenu chez son médecin traitant qui, de son côté, aurait porté des appréciations manifestement assez peu optimistes sur l'issue finale... C'est du moins ainsi qu'Enrico a pu l'interpréter.

4. PHASE DE CONVALESCENCE

Quarante jours après l'accident, le chirurgien hospitalier pense que maintenant il n'y a plus de soins actifs à faire sur le plan chirurgical. Il prescrit encore des manœuvres de mobilisation par un kinésithérapeute, puis Enrico devra revenir au travail. Or, celui-ci ne peut toujours pas remuer son bras, il a mal, il est de plus en plus découragé et insatisfait, d'autant que lui-même commence à trouver que c'est bien long à guérir. Les soins ambulatoires sont poursuivis encore pendant plusieurs mois sans amélioration. Puis le médecin-conseil de la Sécurité sociale trouvant le temps d'arrêt de travail suffisant pour une fracture d'une phalange du pouce impose la reprise du travail, fixée le 16 août 1960, tout en conseillant la poursuite des soins (pris totalement en charge) avec le kinésithérapeute et avec le médecin traitant.

Enrico présente alors une légère rétraction du tendon du biceps gauche à force de garder le bras immobile depuis six mois et demi ! Il ne souffre pas de son doigt mais c'est lui tout entier qui est «endolori», replié sur lui-même, adynamique, déprimé. Il se résigne à aller travailler. «Moi, je ne demandais pas mieux... et depuis longtemps !» Mais cela est impossible ; après quelques heures il doit abandonner. Il ne peut pas se servir de sa main gauche. Il est découragé. C'est alors qu'il est envoyé en consultation de médecine du travail et que le médecin l'adresse à la consultation de psychopathologie du travail où il obtient un rendez-vous pour le 2 septembre 1960.

5. SYNDROME PSYCHOPATHOLOGIQUE ;

PHASE DE THÉRAPEUTIQUE PSYCHIATRIQUE

Le médecin du travail conseille au blessé de reprendre les manœuvres de rééducation physique avec adjonction parallèle d'une aide psychologique, tout en essayant de continuer à travailler, ce qu'il ne pourra faire, d'ailleurs. A la première consultation en psychiatrie, Enrico se montre gémissant, attirant visiblement l'attention sur sa douleur, exposant longuement les circonstances de l'accident et des soins chirurgicaux sur un ton à la fois plaintif et légèrement irrité. Il ne s'agit pas de revendications ni de sinistrose. Enrico veut retravailler, le plus vite

possible, et surtout reprendre son métier d'électricien. Il pense simplement que « les soins n'ont pas été ce qu'il faut ». Il ne comprend pas lui-même pourquoi maintenant il a mal au coude et à l'épaule, pas plus qu'il ne comprend (et qu'il ne peut accepter) que certains (médecins, auxiliaires médicaux, membres de sa famille...) aient pu laisser entendre que ses douleurs n'existaient pas ou du moins qu'il les exagérait sinon qu'il les simulait de toute pièce. Il ne présente aucun signe pathognomonique mais cet ensemble fonctionnel fait d'asthénie, d'insatisfaction-maussaderie, accompagnée d'une humeur dépressive, d'un sommeil léger et des signes physiques mentionnés.

La Sécurité sociale continuant à refuser la prise en charge d'un arrêt de travail, Enrico accepte un emploi de « mousse » dans un chantier et continue les séances de rééducation et de psychothérapie. Les premiers contacts psychothérapiques sont satisfaisants, mais, dès la quatrième séance, le membre supérieur devient plus rigide, les mouvements d'extension se bloquent, la douleur locale se fait lancinante, la fatigabilité, l'humeur triste, les insomnies s'accroissent. On reste perplexe mais on veut mettre l'accent sur le « sérieux » des troubles et on recommence les examens radiologiques locaux qui ne montrent rien d'anatomiquement anormal. On continue les prescriptions de tranquillisants et d'antalgiques. On essaie des infiltrations décongestives locales. Aucun succès fonctionnel ne se manifeste. On continue à encourager la poursuite du travail en cours. Le blessé, résigné, fait tout pour continuer mais reste très inquiet, persuadé qu'il ne pourra jamais retravailler comme avant et que, s'il perdait sa place actuelle il aurait de grosses difficultés à en retrouver une autre. Tout en ressentant son actuel travail comme relativement « avilissant » et sans rapports avec ses connaissances techniques et ses qualités professionnelles, Enrico persévère dans cette activité et espère malgré tout qu'il va guérir et que, malgré ses convictions actuelles, il arrivera un jour à reprendre sinon son métier d'électricien, du moins quelque chose d'assez proche.

C'est dans ce climat psychologique que la psychothérapie se poursuit, doublée, alors, d'une technique réactivante par faradisation. Le succès est net dès les premières séances, avec amélioration de la possibilité de flexion et d'extension de l'avant-bras par rapport au bras. A la troisième séance, la flexion est à peu près complète sous stimulation électrique et même sans stimulation. On note une légère exagération de la mimique douloureuse

pendant la stimulation (ceci est une appréciation de l'infirmière présidant aux manipulations) mais la confiance devient plus ferme. Enrico se laisse aller jusqu'à dire : « La prochaine fois, ce sera presque tout à fait bien ». Puis, les progrès cessent, les effets positifs acquis s'estompent, la stimulation électrique reste sans effet. Accoutumance ? Ces chatouillements éveilleraient-ils chez le blessé un écho agréable ? Les auxiliaires médicales auraient tendance à le penser. Cependant il semble que quelque chose a changé. Si les mouvements ne sont pas davantage possibles, si les douleurs persistent, le dialogue psychothérapique se maintient néanmoins, le blessé garde confiance, *il a vu et senti que quelque chose avait bougé*, que les troubles ne sont pas irréversibles. Ici, on le prend au sérieux et, lui, fait effort pour aller régulièrement à son travail et pour venir assidûment aux séances thérapeutiques. Tout au fond de lui l'espoir brille à nouveau.

6. PHASE DE RÉOLUTION

Séances de psychothérapie et actes de mobilisation physique (effectués de façon discontinue) se sont poursuivis pendant plus d'une année. Enrico continuait son travail de « mousse ». Mais on peut dire que les troubles ont véritablement disparu lorsqu'il a pu reprendre son travail de petit compagnon d'abord et d'électricien ensuite. Le détour psychopathologique a duré presque deux ans.

7. SYNTHÈSE ET ARTICULATION DE CES DIVERSES PHASES

Il faut tenir compte des interactions qui se tissent entre le blessé, le corps médical, le système de soins et d'assistance, la famille puis le psychiatre. On pourrait ainsi différencier plusieurs aspects dans l'organisation des troubles.

- Le « choc » de départ est peu important. Surprise, douleur. C'est tout. Aide immédiate des camarades de travail.
- Dès la première séance de soins, à l'hôpital, le blessé est déçu. Du moins cet aspect est très valorisé rétrospectivement par Enrico. Viennent alors l'inquiétude, l'insatisfaction mêlée de mécontentement de soi, qui s'allient à cette déception devant la légèreté des soins reçus.

- Il semble que les explications techniques fournies par le chirurgien, les prescriptions de médicaments pour prévenir la douleur, permettre le sommeil et faire régresser l'inflammation aient été insuffisantes.

- L'évolution de la douleur motive la consultation chez le médecin traitant qui émet des propos d'une part critiques vis-à-vis du chirurgien et des soins par lui prodigués, d'autre part empreints d'un certain scepticisme quant au pronostic.

- On peut dire que dès la stabilisation de l'état du pouce et dès l'apparition du syndrome extenso-progressif régional, c'est-à-dire huit à dix jours après l'accident, les troubles avaient changé de sphère. On peut faire remonter à cette période les préludes de l'incubation des troubles névrotiques. Or, personne n'en fera alors le diagnostic. On continue à soigner le « corps blessé » et à s'acharner sur le doigt d'abord, sur la main ensuite, l'avant-bras et enfin le bras, pour finir (vraiment enfin !) par la tête.

- L'harmonisation entre les actes du chirurgien, les propos du médecin traitant, les interventions du médecin-conseil semble avoir été inexistante.

- L'attitude des frères, des proches, change dès la phase de convalescence. Enrico nous dira : « Au début ils me comprenaient, ils avaient une oreille favorable pour mes douleurs et mon irritation devant le peu d'efficacité des soins. Ils pensaient comme moi, que j'avais été mal soigné ». Après, on commence à penser qu'Enrico « exagère » et que « ça dure trop ».

- Les mots prononcés par les uns et les autres semblent avoir été des « mots-cibles », des « mots-valeur », porteurs d'inquiétude, d'inconnu. Enrico ne nous dira jamais que la peur fut au premier plan, la peur « brute », avant d'être la peur de ne pouvoir reprendre son travail d'électricien. Est-ce pudeur ? est-ce refus de le dire ? Nous pensons que les troubles névrotiques se sont imposés en avant de la scène et que la notion de travail, pendant cette première phase, en est restée dans l'oubli.

- L'attitude d'Enrico change dès qu'il est adressé en consultation de psychopathologie. Il a l'impression d'être écouté, de ne plus être critiqué. On le reconnaît souffrant, malheureux et malade. Le psychiatre cherche avec lui ce qui a pu se passer, lui explique l'intérêt des diverses thérapeutiques utilisées, commente avec lui l'évolution. Il se sent reconnu. Même lorsque ça ne va pas, il garde confiance.

- Plusieurs moments-charnières se dessinent, au cours desquels

on assiste à l'organisation des troubles et à leur remaniement. Ces moments se situent autour de :

- . la déception découlant des premiers soins ;
- . les mots-cibles reçus de façon plus ou moins iatrogène ;
- . la frustration progressive d'Enrico persuadé que sa blessure est plus importante que l'attitude du chirurgien ne le laisse supposer ;
- . l'absence de prise en charge psychiatrique dès l'apparition du *déplacement* des symptômes ;
- . la désillusion due à l'incapacité de reprendre le travail et à la nécessité d'accepter une place de « mousse » ;
- . en ce qui concerne les soins psychiatriques, plusieurs phases se détachent aussi : a) une amélioration sous excitation électrique locale suivie d'une deuxième phase de résistance ; b) une bonne réaction au début des entretiens suivie aussi d'une phase de résistance ; c) enfin l'installation d'un dialogue psychothérapique avec transfert, doublé d'un soutien physique au niveau du membre blessé, dialogue qui s'est prolongé calmement, sans rien bousculer, en traitant presque par l'oubli la blessure et en parlant d'autre chose, jusqu'à ce que *le retour à l'histoire*, avec reprise du style de vie antérieur soit enfin possible.

Voilà ce que nous voulions souligner dans cette observation. Nous avons pu suivre ce sujet du dehors, sans intervenir dans la thérapeutique, nous contentant de recueillir les données notées par notre collègue (que nous remercions ici pour son obligeance) et en n'interrogeant que plus tard le blessé, pour compléter nos données.

III. ESSAI DE SYSTÉMATISATION PSYCHOPATHOLOGIQUE

1. PROBLÉMATIQUE DES SUITES IMMÉDIATES DU TRAUMATISME

L'accident inscrit la rupture de vie dans une problématique dont on peut retenir les paramètres suivants.

- Les ruptures sont liées à des accidents extra-crâniens, ayant occasionné l'atteinte d'une partie limitée du corps.

- Les accidents surviennent de façon inopinée certes, mais *ils font partie du cadre « habituel » de la vie ou du travail* ; le même est arrivé à des camarades de travail, il est un des aléas inhérents au métier qu'aucune mesure de sécurité ne saurait complètement éviter.
- Dès l'occurrence de l'accident *les aspects subjectifs s'imposent*. Le sujet est surpris, il a sans doute peur mais cette peur n'a pas cependant de signification pathognomonique.
- La première rencontre avec le système médico-chirurgical laisse *une empreinte*. Le sujet blessé est en état d'alerte. Le lieu où l'on dispense les soins est toutefois un lieu privilégié où, dans un premier temps, il se sent rassuré : on va faire tout ce qu'il faut pour intervenir utilement. Un premier décalage peut néanmoins s'installer entre ce qu'attend le blessé - des soins personnalisés, rapides pour lui, pour sa blessure - et ce qu'il en est pour le technicien qui sait que ces blessures ne sont pas d'une gravité extrême et qui a peut-être d'autres interventions plus urgentes à assurer. Cet état émotionnel amoindrit les défenses du sujet et tout alors est susceptible de détériorer le climat : l'anxiété de l'attente, l'appréhension des soins à recevoir, les mots que le médecin va prononcer ou ne pas prononcer, les conjectures qui ne vont pas manquer quant à l'issue possible.
- A cette attente fait suite *la séance inaugurale des soins*. Il est très difficile de faire coïncider l'appréciation du blessé et celle du médecin. Il semble normal que le médecin réduise ses interventions au strict minimum, essaie de rassurer le patient par le mot banal « ce n'est rien » et qu'il le renvoie chez lui. D'autant qu'il doit s'acquitter d'un certain nombre d'actes administratifs : déclaration d'accident, attestation d'exécution des actes médicaux, certificat d'arrêt de travail, ordonnance pour le patient... D'autre part, se livrer à trop d'examen para-cliniques, multiplier les interventions, prononcer trop de paroles, risquent d'accroître l'inquiétude du blessé. Et pourtant, c'est rétrospectivement qu'on se rend compte quelle importance prend ce premier contact, surtout s'il s'agit d'un premier accident. Un travail de l'anxiété et de l'imaginaire réorganise propos et attitudes.

2. PRÉLUDE A LA PHASE DE TRANSITION

L'accident minime peut-être a exigé des interventions simples

et « objectivement » efficaces mais a entraîné *un changement de situation pour le blessé*. Cesser de travailler implique encore assez souvent une perte de salaire, rester à la maison impose d'autres habitudes.

La première nuit est en général mauvaise. Les douleurs s'exacerbent dans le calme nocturne. Il faut réinventer une position de sommeil et tout le monde sait combien les surfaces lésées sont vulnérables : on s'arrange toujours pour les retrouver sur son chemin ; il faut du temps pour que le corps réapprenne des attitudes et des comportements de substitution. Ces insomnies de la première nuit sont mauvaises conseillères, elles aggravent le retentissement douloureux.

Dans certains cas l'épisode de la première nuit peut être dramatique. Certains blessés n'ont pas de réaction émotionnelle immédiate, l'éclatement est différé, il a lieu la nuit, dans un mauvais sommeil, dans un état d'onirisme dégradé, mélange de rêves et de fantasmes proches du cauchemar qui est une « folie nocturne » en miniature.

L'attitude de l'environnement médical et familial n'est pas la même pour les grands et pour les petits blessés. Chez les premiers, les troubles sont tels que les notions de danger et de douleur effacent et recouvrent tout. Il en va tout autrement pour les petits blessés qui peuvent se sentir négligés ou même rejetés. Or nous pensons qu'il est important d'assurer une prise en charge semblable, de donner au moins les moyens de supprimer la douleur et de permettre un bon sommeil, ce qui réduit parallèlement la portée des perturbations neuro-végétatives et diminue les résonances affectives.

3. LA PHASE DE TRANSITION PROPREMENT DITE

La phase de transition correspond à la période pendant laquelle seuls existent les troubles liés à la blessure. Elle est occupée par les soins appliqués au corps. C'est une phase que l'on pourrait appeler de « lune de miel » entre le blessé, sa blessure et l'environnement. On sait que la blessure est peu grave et que les conséquences en sont limitées.

Précisons qu'il existe une codification clinique et évolutive pour chaque blessure et un temps d'arrêt de travail considéré comme normalement nécessaire. Les organismes de Sécurité

sociale paient des indemnités pour les jours de travail perdus et remboursent en totalité les soins exigés par les blessures. Tout au long de la durée des soins, le blessé choisit librement son médecin traitant et peut de plus recourir à plusieurs spécialistes successivement ou conjointement. Des médecins-conseils de la Sécurité sociale peuvent contrôler l'évolution des lésions et la qualité des soins jusqu'à la guérison ou la consolidation (stabilisation des troubles) des blessures.

Parfois l'accord ne se fait plus lorsqu'il s'agit de déterminer la durée du repos ou celle de la poursuite des soins. Les appréciations diffèrent du blessé au médecin traitant et au médecin-conseil.

Le médecin traitant n'est pas satisfait de constater que l'état de son malade reste stationnaire. Il a fait tout ce qu'il fallait et son patient n'a aucune raison de mettre en doute la qualité des soins reçus. Il peut réagir autrement et mettre en cause la bonne volonté du blessé ou, s'il n'a pas donné lui-même les premiers soins, il peut lui arriver de mettre ceux-ci en cause, faisant naître en son patient, sans le savoir, le doute, le soupçon, induisant un processus iatrogène. Un changement de médecin à cette occasion aggrave encore l'incidence pathologique, les nouveaux soins restent aussi inefficaces.

Le rôle du médecin-conseil se limite en général à vouloir imposer une reprise du travail, à fixer une date de consolidation, puisque le blessé continue à avoir des troubles. Les soins ambulatoires d'entretien restent possibles dans le régime accident du travail. Ce qui est impératif pour la Sécurité sociale, passée la période maximale usuellement nécessaire pour la réduction d'une telle blessure, est qu'il y ait reprise du travail, donc cessation du paiement des indemnités journalières.

La famille, elle, n'accepte pas toujours très bien que le blessé ne puisse reprendre son activité ou que les médecins ne veuillent plus le considérer comme handicapé; cette deuxième attitude est la plus courante à ce stade, le patient se sent en général épaulé par les siens.

En réalité, les douleurs, la fatigue, l'insomnie ou tout autre trouble qui vient s'associer à ce qui devrait être une absence de troubles annoncent le début d'une complication qui va prendre une coloration de plus en plus psychiatrique, le patient essayant de montrer que quelque chose ne va pas en lui, qu'il est mal dans sa peau. Ce qui n'est pas décelé tout de suite. Il y a continuité

dans la série des soins donnés, alors qu'en réalité, dans l'évolution des troubles, il y a rupture, changement de registre, apparition d'un nouvel énoncé qu'il faudra apprendre à considérer autrement et pour lui-même.

4. INSTALLATION DU SYNDROME D'INTOLÉRANCE AU TRAUMATISME

L'apparition de ce syndrome exige un autre « regard médical ». Ce changement d'optique n'est facile ni pour le blessé ni pour le médecin. La première consultation à ce stade est d'une importance capitale : continuer à considérer les troubles comme liés à l'accident serait faire le jeu du processus qui les anime, contribuer à les aggraver en expression et en durée.

Ce syndrome, assez souvent, prend appui sur la partie du corps qui a été meurtrie. Mais les troubles ne s'arrêtent pas là. On assiste à une extension vers les zones contiguës. *Ces troubles extenso-progressifs* paraissent à la fois excessifs et compréhensibles. La plus ou moins longue immobilisation de la partie blessée, les manœuvres exigées par les soins, les attitudes vicieuses imposées pour protéger les plaies, ont pu entraîner des réactions adventices sous forme d'ankylose, de douleur, de fatigue. Mais, étant donné l'intégrité physiologique de ces parties souffrantes, l'absence de tout signe clinique ou radiologique d'une altération quelconque, tout devrait rentrer dans l'ordre après une nouvelle série de massages ou l'absorption d'un nouveau médicament antalgique, décongestif ou anti-inflammatoire. Et, en réalité, les troubles continuent.

C'est qu'il ne s'agit pas de troubles physiopathiques simples ¹ ou de troubles extenso-progressifs ². Il ne s'agit pas de troubles simplement réactionnels dus aux altérations neuro-végétatives à point de départ traumatique qui font de la zone accidentée une maladie régionale. Si on interroge de plus près ces blessés, on apprend que leur fatigue n'est pas simplement locale, que tout l'organisme est atteint. Ils sont le plus souvent adynamiques, anxieux, irritables, mécontents d'eux-mêmes et des autres, maussades, tristes; ils digèrent mal, leur transit gastro-intestinal est perturbé; ils ont moins de goût pour participer à la vie familiale, à la vie amoureuse; ils ont des maux de tête, des sensations vertigineuses. On retrouve un syndrome clinique d'allure pseudo-neurasthénique ³ assez proche de ce que nous avons constaté

dans les syndromes dits subjectifs des traumatisés du crâne ou lors des crises d'adaptation.

Evidemment le sujet attribue l'origine de tous ses maux à l'accident. Causalité liée à la suite chronologique qu'il est difficile de rejeter ou de mettre en doute. Et le médecin, bien souvent, ne manque pas de tomber dans le piège. Soit qu'il attribue effectivement les troubles aux suites normales et attendues de l'accident, contribuant ainsi à renforcer la causalité directe qui fait le sujet victime de son accident, soit qu'il accuse de façon plus ou moins voilée le sujet d'exagérer : l'atteinte était si minime que les troubles actuels ne peuvent avoir de relation directe avec l'accident. Une autre causalité est alors invoquée, inférée au sujet qui devient, plus encore, victime : victime de l'accident et de toutes ses suites, victime de lui-même, des nouveaux troubles dont il est l'agent, et, par là, victime des gens qui l'environnent et l'accusent. Il faut renoncer à ce type de raisonnement et s'éloigner de la notion d'une causalité directe entre l'accident, le traumatisme corporel et les troubles du syndrome actuel. Il faut abandonner ces raisonnements mus par une causalité linéaire, sans obliger le sujet à les abandonner : il en est incapable le plus souvent. C'est dire que ces troubles répondent désormais à un autre type d'approche et de traitement qui doit insister sur leur caractère psychopathologique.

Pour que ce syndrome nous apparaisse «compréhensible», il faut retrouver tout ce qui a paru important au blessé, à chaque phase de son élaboration. Faut-il souligner combien ces sujets sont avides de parler, d'exposer, de raconter, combien ils sont positivement influencés par cette possibilité de faire *un récit* ample et circonstancié, d'avoir quelqu'un qui écoute calmement, sans intervenir sur le déroulement du récit, afin de ne pas «geler» ce récit, de ne pas le faire à tout prix entrer dans un modèle explicatif tout prêt qui en démontrerait à la fois la genèse et l'articulation pathogénique. C'est difficile et il ne suffit pas d'en connaître les dangers, de les avoir constatés, pour échapper à cette rationalisation excessive, à cette manie de l'explication et de la signification à tout prix (nous y reviendrons).

A ces facteurs proprement liés à la relation médicale, s'ajoutent d'une part, le vécu du sujet, le récit qu'il se fait à lui-même de ses troubles, d'autre part, l'attitude de la famille, des siens proches, des relations de travail, celle de l'employeur qui attend

la reprise du travail ou qui a pris une décision (illégal, mais cela existe) de licenciement sous un prétexte quelconque.

a. Le vécu du sujet

Le vécu du sujet est dominé par tout un ensemble de démarches souvent dignes du *Procès* de Kafka. On ne saurait mieux dire, puisque tout un processus juridique double très rapidement le déroulement pathologique. De sorte que le blessé se trouve au centre d'un microcosme post-traumatique complexe, en butte à chacun des tournants à des conseils, à des oppositions qui, pour vouloir simplifier le complexe, traitent séparément chaque aspect, négligent les implications adventices. C'est ainsi que le médecin peut imposer une date de consolidation avec reprise du travail et indemnité compensatrice, alors que l'employeur ne peut reprendre cet ouvrier dont les aptitudes sont modifiées. D'autre part les mesures de réadaptation proposées ne peuvent être appliquées de façon immédiate. Même lorsque les allocations intermédiaires dites de non-emploi temporaire ou de chômage sont accordées, elles ne sont versées qu'après un délai et lorsque le patron a pris la décision d'un licenciement. Or l'employeur ne veut pas toujours renvoyer cet ouvrier sans pouvoir cependant le reprendre à son service, il pense que les organismes de Sécurité sociale doivent continuer à le prendre en charge alors que ceux-ci considèrent les suites traumatiques comme consolidées et refusent tout versement d'indemnités journalières. Nous voyons que les choses ne sont pas simples et tout le monde ne connaît pas toujours très bien l'articulation des dispositions légales. Il est facile d'imaginer ce qu'il peut en être pour le blessé qui, lui, doit subir et attendre, sans comprendre autre chose que ce refus auquel il se heurte, et le pas sera vite franchi jusqu'à croire tout cela fait contre lui.

Quant aux indemnités relatives aux troubles résiduels, elles interviendront beaucoup plus tard, plusieurs mois après. Le blessé doit être examiné par une équipe médicale spécialisée qui appréciera la réalité des séquelles et leur lien avec l'accident, leur intensité, la gêne qu'elles occasionnent dans le travail et dans la vie personnelle. Une enquête juridique standard officialise par ailleurs la matérialité de l'accident et l'imputabilité des troubles à la législation en matière d'accident. Enfin, une enquête sociale

précise les émoluments de l'intéressé, les conditions d'exercice du travail avant et après l'accident. Le blessé participe à toutes les phases de ces enquêtes et examens et *doit à chaque fois faire le récit des événements et de leurs suites* et prouver le bien fondé des arguments qu'il avance. Il est présent partout, il doit se montrer, se défendre, répondre aux convocations pour examen ou réclamer ces convocations si on a tendance à l'oublier. Il fait partie d'une suite d'actes médicaux, sociaux et juridiques dont chacun peut être un événement qui s'ajoutera aux retentissements déclenchés par l'événement traumatique initial en en transformant la portée et la signification.

b. L'attitude de l'entourage

Dans ce tableau, les relations et les rapports entretenus avec la famille prennent une importance décisive. Disons sommairement que plus ils sont solides et de bonne qualité, moins ces syndromes ont de chance d'apparaître et de durer. Dans toutes les observations que nous avons dépouillées, nous avons retrouvé un milieu affectif conflictuel à quelque degré, qui éclate et grossit à mesure de l'aggravation des troubles. L'un agissant sur l'autre et réciproquement.

L'attitude du milieu familial passe par plusieurs stades mais reste dominée par un souci majeur, celui de voir le blessé reprendre son travail. Les habitudes, le rythme de vie ont été modifiés par cet arrêt de travail. Si les difficultés économiques ne sont pas toujours dramatiques (les allocations ou indemnités perçues permettent de maintenir un minimum de « standing » de vie) les possibilités d'investissement sont néanmoins modifiées. Mais les aspects affectifs semblent autrement importants et graves.

La modification des habitudes peut avoir des conséquences profondes. Que faire pendant ces longues périodes d'inactivité ? Errer dans la maison où personne n'a l'habitude de le voir pendant la journée ? Sortir, se promener, lire ? A qui parler ? Les camarades sont au travail, les gens sont occupés... Ennui, maussaderie, rejet par les autres, rejet de soi. L'espace vécu dans l'inaction est pesant. Il est difficile d'organiser ce temps disponible, d'autant que les douleurs, l'impossibilité de tel mouvement gênent un peu... L'oisiveté fatigue vite. Le blessé clame qu'il

finir par « en avoir plein le dos », « par-dessus la tête » et il en arrive à ressentir les symptômes correspondant. Sont-ils venus avant, après, pendant ? Y a-t-il un lien ? Le fait est qu'il est fatigué, qu'il a mal à la tête, qu'il a des dorsalgies, des lombalgies, et sans rien faire ! Raison de plus peut-être pour être fatigué. L'irritabilité est constante. Que faire de toutes ses forces senties et qui restent en attente, à cause de ce maudit doigt qui n'en finit pas de guérir et qui rend inutilisable tout le reste du corps ?

Parfois la constellation familiale se brise. Les comportements amoureux, sexuels, érotiques sont perturbés. Le courant affectif est bloqué. Souvent alors germent des idées de jalousie, de l'un et de l'autre côté. Que fait le mari toute la journée à la maison, à parler avec toutes les femmes du voisinage ? Pourquoi l'épouse ne veut-elle plus participer aux échanges amoureux déjà moins fréquents ? D'autres relations existent peut-être. Et elles deviennent bientôt une réalité pour ces imaginations à bout d'elles-mêmes.

5. ÉVOLUTION DES TROUBLES

La prise en charge psychiatrique, dès l'apparition de ces troubles, cherche à ouvrir le blessé au récit et au dialogue, non au seul récit de ses troubles *mais au récit de lui-même*. Il faut admettre que ces troubles n'ont pas pris naissance pour rien et que le sujet peut et veut s'en servir pour parler de lui, pour sortir de son monde clos. Bien sûr on peut interpréter et rabattre l'intervention médicale du côté des apparents bénéfices secondaires que le sujet retire de ses troubles, de son inactivité, des indemnisations qu'il attend. Répétons que suivre cette voie c'est faire le jeu du syndrome et que la mise en avant des composantes dites sinistrosiques non seulement n'amène à rien mais fait que le sujet se renferme en lui-même. Dire que les douleurs alléguées n'ont pas de base objective, de rapport direct avec la blessure, est possible et certainement vrai. Cela veut dire que le chirurgien, le rhumatologue, le généraliste ne peuvent plus rien pour ces accidentés; plutôt si, ils peuvent les *adresser à une consultation de psychopathologie du travail*. Les troubles ne sont pas dus directement aux blessures, la blessure est ailleurs; c'est dans sa personne que souffre ce petit accidenté qu'il faut sortir de ce

syndrome, seul langage qui lui soit devenu évident et possible pour exprimer ses douleurs et son handicap.

La thérapeutique à mettre en œuvre est multiple. Ce syndrome névrotique surgissant au point de rencontre entre le blessé et l'accueil médical, affectif et socio-professionnel, il est indispensable d'analyser sommairement l'articulation des manœuvres thérapeutiques et leurs indications. En effet l'intervention conjuguée de la médecine physique rééducative et de l'approche psychiatrique la plus éclairée est nécessaire. *Il faut continuer les soins locaux ou régionaux et les poursuivre tenacement* : massages, rééducation, stimulation électrique, tout doit être utilisé pour éveiller, donner de la vigueur à ces membres ankylosés, douloureux, devenus pesants et inutilisables; et cela sans rien dire de péjoratif, sans commentaires mais en sollicitant la participation de l'intéressé pour mobiliser les parties saines de son corps disponibles pour aider l'autre partie, celle qui, frappée par l'accident est devenue un peu étrangère et se fait trop remarquer pour rentrer au bercail et reprendre sa place dans la dynamique du corps. Tout mérite d'être tenté sérieusement, physiothérapie, bains, douches, exercices en piscine, comme s'il s'agissait d'un grand accident.

L'action psychiatrique ne doit pas s'exercer sur le seul plan des relations psychothérapeutiques. Une chimiothérapie est souvent indiquée pour calmer la douleur et faire céder l'excitation anxieuse, améliorer la dynamogénie.

L'aide et le soutien social sont indispensables pour rétablir les contacts inter-familiaux, faciliter la réinsertion professionnelle source importante de discorde et de frustration. Le blessé se sent amoindri lorsqu'on lui offre des postes de travail moins intéressants. Il faut intervenir dans cette réinsertion, faire accepter, permettre d'attendre pour obtenir un meilleur reclassement à long cours. Parfois la dysharmonie émerge de petits obstacles, d'une difficulté d'adaptation immédiate : absence d'habitudes prêtes pour ce nouvel emploi; et une intervention légère peut aplanir des situations qui paraissaient insurmontables. Ensemble d'interventions qui doivent être concrètes, effectives, bien coordonnées mais discrètes. Il ne faut pas laisser croire qu'il s'agit d'une aide spéciale, il ne faut pas trop obliger ni humilier l'intéressé, lui demander trop ou trop vite, ou tout à la fois. On écarte peu à peu ce qui fait obstacle, les épines irritatives où s'accrochent les symptômes d'intolérance et alors *la psychothérapie*

devient efficace, le récit se fait plus ample et plus précis, on peut rendre évidents les noyaux pathogènes, les dissoudre, harmoniser les réponses de l'intéressé, l'ouvrir à une psychothérapie plus profonde éventuellement, une fois la réparation rapide des séquelles acceptée, la réorganisation socio-professionnelle obtenue, le syndrome ayant déjà commencé à s'estomper.

IV. QUATRE OBSERVATIONS

DE MALADIE-LANGAGE POST-TRAUMATIQUE

1. OBSERVATION N° 1

Carmen, 42 ans, 2 filles de 13 et 15 ans. Mari, 44 ans, ajusteur. Rien de pathologique dans les antécédents. Accident du travail à l'âge de 35 ans. Nous suivrons quatre lignes temporelles.

a. Ligne du temps historique

Carmen a toujours souhaité devenir couturière. Dès l'école elle se montre douée; l'apprentissage le confirme et elle peut travailler dans ce métier dès l'âge de 17 ans, à Valence en Espagne, jusqu'à l'âge de trente ans, à Paris ensuite où sa vocation se renforce. Elle est très bien adaptée à son travail, à la vie parisienne. Le mari réussit dans son métier, les filles sont en bonne santé. Aucunes difficultés financières, professionnelles ou de logement, lorsque l'A.T. (accident du travail) survient.

b. Le temps de l'événement traumatique

Dans l'atelier où elle travaille depuis cinq ans, Carmen reçoit sur l'épaule droite, une caisse placée sur le haut d'une armoire et qui glisse un beau jour. Contusion avec fracture de la clavicule au 1/3 externe. Aucune atteinte encéphalique ni nerveuse. Thérapie médico-chirurgicale efficace. Arrêt de travail pendant deux mois. Consolidation et attribution d'une I.P.P. (indemnité permanente partielle) fixée à 4% pour algies résiduelles. Reprise du travail au même poste.

c. Temps du syndrome d'intolérance

Deux mois plus tard rechute de l'A.T. pour recrudescence des douleurs; syndrome épaule-main. Les examens clinique et radiologique sont normaux; la réduction de la fracture est correcte. Le rhumatologue est formel, il n'existe aucun signe objectif. Nouvelle consolidation imposée au bout de trois mois. Le point de vue de Carmen n'est pas le même. Rétrospectivement, elle pense que les premiers soins ont été trop rapides et insuffisants, et, au moment de cette deuxième consolidation elle ne se trouve ni guérie ni apte à reprendre son métier. « J'ai trop mal, je ne peux rester assise si longtemps et courbée, pour coudre. » Puis : « Voyez cette bosse que j'ai là, sur la poitrine » et avec ses doigts elle fait sentir le cal de sa clavicule, en effet en relief. Elle se plaint aussi de fatigue, d'algies mobiles, d'humeur dépressive, d'insomnies, de céphalées, d'irritabilité. Elle se décide alors à travailler comme femme de ménage; travail qu'elle trouve léger et bien rémunéré. Mais rien ne va plus. Les symptômes continuent, les soins médicaux aussi. Elle est enfin adressée en consultation de psychiatrie, deux ans environ après l'accident. Depuis lors, traitement psychotrope régulier par anxiolytiques, neuroleptiques, dynamogéniques. Cliniquement il s'agit d'un syndrome asthéo-dépressif de structure névrotique, dominé par les projections somatiques de type algique, les troubles gastro-intestinaux, une grande fatigue, des insomnies et surtout un vécu affectif fait d'insatisfaction, de mécontentement et de maussaderie.

d. Temps des commentaires

La verbalisation est concentrée sur les doléances exposées : Carmen répète inlassablement : « C'est depuis l'accident que je ne suis plus la même. » Il semble que la rumination mentale et les regrets se soient cristallisés sur le fait qu'elle a été obligée d'abandonner son métier de couturière. « J'y tenais tant ! », dit-elle. Par ailleurs, une demande de révision de l'I.P.P. a reçu une réponse négative. La Sécurité sociale n'a jamais voulu établir de lien de cause à effet entre le syndrome névrotique dépressif et le traumatisme.

Lorsqu'on invite Carmen à préciser les circonstances de l'accident, sept ans plus tard, elle dit : « J'ai été saisie, j'ai vu la caisse

me tomber dessus, mais je n'ai pas eu vraiment peur... Les camarades m'ont aidée et on a fait ce qu'il fallait. Cependant, je me suis dit à moi-même, tout de suite : Pourvu que je puisse continuer mon métier... Et, vous voyez, mon inquiétude était justifiée, jamais plus je n'ai pu coudre... moi qui n'étais jamais malade (c'est vrai) et qui étais si heureuse dans cet atelier où tout le monde m'appréciait et m'aimait bien » (c'est exact également).

Commentant sa vie actuelle, Carmen ajoute : « Voyez, maintenant je ne suis plus rien... Je fais quelques heures de ménage. C'est un travail facile et bien payé. Mais je suis toujours fatiguée, malade, triste, avec une envie perpétuelle de pleurer. Tout me devient insupportable. Je suis sans cesse mécontente de moi et des autres... Heureusement encore que mon mari est compréhensif et efficace ; quant à mes filles elles sont adorables... ». Récit monotone, répétitif, fait mentalement à soi-même, exposé aux autres, pour se faire comprendre, pour essayer de se comprendre soi-même. Ressassement pessimiste qui renforce la réactivité des symptômes.

2. OBSERVATION N° 2

M. B., né en 1927, maçon de son métier. Accident du travail le 21 novembre 1966. « A la suite d'un effort, entorse simple du poignet droit », dit le certificat initial. Rien de particulier à signaler dans les antécédents. Evolution classique de l'entorse. Consolidation le 28 février 1967, sans I.P.P. Reprise du travail de maçon le 30 octobre 1967. M. B. pense alors qu'il peut reprendre dans le bâtiment comme par le passé. Mais, en février 1968, il ne peut continuer ; il se plaint de douleurs au niveau du poignet droit, mais aussi d'algies ascendantes le long du membre supérieur droit : si le coude est libre, les mouvements de l'épaule droite sont limités et douloureux. On avance le diagnostic d'un syndrome ascendant extenso-progressif et de névralgie cubitale droite. La Sécurité sociale refuse de prendre en charge le repos prescrit au titre de « rechute de l'A.T. initial ». M. B. accepte de reprendre le travail trois mois plus tard, mais pas dans le bâtiment ; il se dit incapable de reprendre son métier de maçon. Il essaie de se faire embaucher dans une entreprise de nettoyage où il gagnera d'ailleurs autant sinon plus. Cet emploi ne sera

conservé que quelques mois. En effet les douleurs réapparaissent, deviennent de plus en plus gênantes, se situant dans un tableau clinique hypocondriaque de nature névrotique dont l'évolution va se poursuivre et durer encore.

Lorsque nous voyons M. B. au début de l'année 1969, il se présente avec l'épaule droite affaissée, soutenant de sa main gauche son membre supérieur droit. Cliniquement, il est exact que les mouvements sont peu souples; ils réveillent des douleurs s'accompagnant d'une mimique expressive. Le sujet se plaint encore de céphalées, d'adynamie, d'un équilibre instable : « Mes jambes ne sont pas sûres », dit-il. Il est triste, maussade, mécontent et répète : « Depuis cet accident je ne suis plus le même homme. » Il dort mal et fait des rêves pénibles. On note des manifestations psychopathologiques moins habituelles : on a fait des erreurs sur son numéro de Sécurité sociale, on a transformé les lettres de son nom, ce qui aurait prêté à des confusions et lui aurait vraisemblablement causé des préjudices. Mais il se trouve surtout amoindri du fait qu'il ne peut plus exercer son métier de maçon, et mécontent du refus de la Sécurité sociale d'accepter ces troubles comme étant consécutifs à l'accident et par suite, de lui verser la moindre I.P.P.

M. B. poursuit avec ténacité ses démarches de consultation en consultation, d'arrêt de travail en arrêt de travail. Il finira par obtenir d'abord une I.P.P. de 3 % attribuée par la C.R.I.P. (Commission régionale d'invalidité et d'incapacité permanente) en 1970, puis, après de nouvelles réclamations, de séries de refus en nouvelles expertises et révisions (encore en cours d'ailleurs), l'I.P.P. sera portée à 5 % par la Commission nationale technique de la Sécurité sociale.

Depuis 1969, M. B. n'a plus travaillé; les démarches pour obtenir une rente ont absorbé tout son temps. Dernièrement il a été hospitalisé dans un service où un examen sous anesthésie générale a été appliqué. En voici le compte rendu. Diagnostic : raideur de l'épaule et de la main droite, suspicion de pathomimie. C.R.O. : sous anesthésie générale, examen de l'épaule qui est tout à fait normal, antépulsion 90, abduction 130 dont 90 dans l'huméro-glénodienne, rotation interne 90, rotation externe très légèrement limitée au niveau du poignet et de la main, articulation souple normale, poignet flexion dorsale 45, flexion palmaire 80, métacarpo-phalangienne 180 90 .

L'environnement de ce patient (il est marié, père de 3 enfants)

de même que les divers médecins consultés passent par des alternances de compréhension et de mise en doute de la réalité des troubles allégués. Le sujet lui-même sent que parfois sa sincérité est mise en cause et se dit toujours frustré. Mais il réagit tenacement et lutte pour faire admettre l'objectivité de ses symptômes. Or, ceux-ci, même s'ils sont certains, sont limités. Par contre, l'élaboration obsessionnelle et répétitive d'une narration interne sur les thèmes de la régression, de l'injustice, du préjudice, du manque à gagner, de l'amoindrissement psychosocial, semble de beaucoup le fait le plus important, allant jusqu'à « produire » une sorte de fiction « délirante », véritable maladie-langage névrotique.

3. OBSERVATION N° 3

Madame R., Anne, femme de ménage, 45 ans. Accident du travail le 30 mars 1975 : brûlures du deuxième degré des membres inférieurs et de la main gauche (15 % de la surface du corps). L'explosion d'un chauffe-eau à gaz a projeté des éclaboussures de white spirit sur les vêtements qui se sont enflammés. Hospitalisation de deux mois suivis d'un séjour de deux mois en maison de repos. Consolidée le 30 juin 1975 avec I.P.P. à 12 % pour « séquelles consistant en cicatrices fragiles avec troubles trophiques au niveau de la jambe droite, douleurs résiduelles. Pas de séquelles au niveau de la main gauche. » Reprise partielle du travail. Madame R. a dû diminuer ses heures de travail, elle n'a gardé que deux ménages sur les trois qu'elle assurait. « Je suis trop fatiguée », dit-elle le 18 juin 1975 lors de la première consultation. Elle présente alors un syndrome névrotique avec adynamie, polyalgies, céphalées, angoisses et surtout grande incomplétude affective, noyée dans un cortège de pleurs et de gémissements résumés en une phrase : « Je ne suis plus bonne à rien ». Cet état a amené un déséquilibre conjugal. Le mari, maçon, éthylique, s'irrite « à l'entendre toujours se plaindre ». Deux enfants de 20 et 22 ans, mariés, ne vivent plus au foyer. Examens biologiques normaux.

Madame R. explique que ses jambes lui font mal, certes, avec des picotements sur la peau et des démangeaisons; mais c'est surtout la fatigue et le moral qui la minent. « C'est lorsque j'ai repris le travail que je me suis rendue compte que je ne pouvais

plus faire ce que je faisais avant... Pourtant j'étais bien avant, et contente chez mes patrons. J'ai dû abandonner l'un des trois, justement celui auquel je tenais le plus; ils m'avaient remplacée du fait qu'ils avaient deux petits enfants et j'ai acquiescé puisque de toute manière je ne pouvais pas tout faire... Mais je regrette maintenant (elle le redira plusieurs fois et le répétera encore au cours des conversations suivantes). Cette patronne-là était très gentille et très douce... Je travaillais beaucoup chez elle mais on parlait aussi beaucoup... je lui racontais tout, les menus faits de ma vie de tous les jours, les ennuis avec mon mari, le soir, quand il rentrait éméché et qu'il était en colère. Maintenant je me rends compte de la place qu'avaient pris pour moi ces conversations... Je n'ai plus personne à qui raconter ma vie et je m'ennuie à mourir...»

Il est clair que l'accident lui-même a été relativement bien accepté. On ne notait aucun trouble de la série névrotique avant la reprise du travail. Madame R. raconte que pendant son séjour en maison de repos, elle était gaie et ne sentait nullement ses jambes. Tout se passe comme si un deuxième traumatisme, psychique celui-ci, était venu s'inscrire sur le premier pour mieux montrer les réelles conséquences de cette brûlure. Privée de sa patronne-confidente, Madame R. est déconcertée, mais la cause réelle de tous les maux actuels n'en est pas moins la brûlure initiale. La désorganisation de sa vie, la rupture de ses habitudes, ce changement inattendu, l'ont éloignée de la situation d'épanouissement affectif qui était la sienne jusque-là. Ce sera là le véritable point de départ du ressassement narratif favorisant la dépression et facilité par elle. Ce récit raconté témoigne parallèlement de la privation affective et de la frustration persistante. Le deuxième événement est venu redoubler les effets du premier et lui donner son caractère schizant. L'après de l'accident est pour elle un présent de dévaluation et de vide existentiel. Un récit morne et morose, monologué dans sa diégèse répétitive est venu remplacer le dialogue cathartique antérieur. Le poids affectif actuel est bien trop lourd pour cette femme dont les jambes sont devenues incapables de la porter. Or, c'est dans son dispositif du jouir, dans le type de distribution de ce jouir, qu'elle est en réalité blessée. Tout se passe comme si le premier événement traumatique recélait, après sa conversion en événement schizant (par la séparation d'avec la « bonne » patronne, alter ego de la situation duale, indispensable aux bons

investissements pourvoyeurs d'une plus-value d'être), *des possibilités productives* dont le champ (névrotique) n'est pas borné par les limites de sa valeur (dépréciative), mais qui, à l'intérieur de certaines limites (celles de l'instance narrative seconde, de nature névrotique, remplaçant l'instance narrative première liée à l'investissement gratifiant) peuvent agir avec une extension ou une intensité plus ou moins grandes.

4. OBSERVATION N° 4

Rupture du style de vie, sans accident corporel, par simple « traumatisme verbal ». Hypochondrie névrotique.

Pierre est âgé de 49 ans. Il est maçon depuis toujours. Il travaille dans la région parisienne où il est arrivé de son Midi natal vers l'âge de 19 ans. Il s'est marié tard, a deux enfants de 6 et 7 ans. Il dit n'avoir jamais été malade, sauf des « rhumatismes » dans l'enfance qui lui avaient laissé un souffle au cœur suivant les dires du médecin de famille, car, précise-t-il : « Moi je ne m'en suis jamais occupé, je n'ai jamais rien ressenti, j'ai fait tout ce que j'ai voulu, on m'a pris au service militaire, et j'ai toujours travaillé dans le bâtiment jusqu'à il y a deux ans... Maintenant par contre je ne peux plus travailler, je suis malade, je me fatigue et je m'essouffle pour un rien... et surtout je suis triste, je dors mal, j'ai maigri, je sens battre mon cœur, je suis très anxieux ». Et sans se faire prier il continue : « Voilà comment les choses ont commencé. J'étais à mon travail comme tous les jours. Le camion de médecine du travail est venu sur le chantier, comme tous les ans... Cette fois-ci c'était un jeune médecin qui, après m'avoir longuement examiné, a trouvé que je n'allais pas bien du cœur. Je lui ai dit que je le savais, que cela était déjà consigné dans mon dossier et que d'habitude les médecins notaient tout sans rien me dire. Par ailleurs moi, je me sentais très bien. Mais le médecin a insisté prétextant qu'à mon âge un bilan était nécessaire et il m'a adressé au cardiologue du centre de spécialistes pour des examens complémentaires. Le cardiologue a dit tout de suite « c'est sérieux » et il m'a envoyé à l'hôpital. A partir de ce jour je n'ai plus travaillé, je suis resté en maladie de longue durée dix-huit mois et maintenant depuis six mois déjà je suis inscrit au chômage car le médecin-conseil de la Sécurité sociale a décidé que je n'étais pas assez malade pour

rester sans travailler... Et moi, actuellement, j'en suis incapable.»

En effet, cet homme d'allure encore jeune, présente visiblement un syndrome asthéo-dépressif de structure névrotique dominé par l'épuisement. Pierre précise : « Dès que je fais le moindre effort, je suis en sueur et je n'ai plus de jambes ! Et les médecins répètent depuis six mois que je ne suis plus malade ! Pourtant, lorsque le médecin du travail m'a envoyé, presque de force, consulter le cardiologue et que celui-ci m'a adressé au service hospitalier spécialisé, on m'y a gardé trois mois pour me faire des tas d'examens. On voulait même m'opérer, puis on a dit que ce n'était pas nécessaire... moi, j'ai cru que ce n'était plus la peine (et il fait un signe qui laisse entendre qu'il avait pensé son cas perdu). On m'a renvoyé chez moi avec un traitement d'entretien que j'ai toujours d'ailleurs. Un jour, lors d'une visite de contrôle à la Sécurité sociale, le médecin-conseil a décidé que je pouvais reprendre le travail. Moi je sentais bien que ce n'était pas possible... J'étais désespéré, d'autant que deux mois auparavant mon médecin traitant (c'était une dame) qui s'occupait bien de moi et me défendait toujours était morte et du cœur aussi, qui plus est... Elle était à peine plus âgée que moi. Enfin, avec le docteur qui a pris sa succession, on a demandé une expertise, sans aucun résultat ».

Le protocole d'expertise, fait par le cardiologue désigné, résume ainsi l'histoire clinique : « Cardiopathie par sténose mitrale avec une hémodynamie bien tolérée (ce qui était aussi l'avis du médecin hospitalier); la reprise d'un travail léger est possible (à la date de l'expertise), tout en continuant les soins ambulatoires en cours et les examens de contrôle tous les six mois par E.C.G. » Mais pendant ce temps, Pierre avait perdu son travail. Son patron n'avait pas de « travail léger » à lui offrir. Cette décision de l'expert étant irrévocable, la Sécurité sociale a coupé les vivres, invitant Pierre à s'inscrire à l'A.N.P.E. Celui-ci trouve cela très injuste : « Maintenant que je suis malade pour de vrai, tandis que lorsque le jeune médecin du travail a insisté pour que je me fasse faire des examens je me sentais tout à fait bien... »

Ici le processus psychopathologique est évident, il semble se relier aux propos de ce médecin (qui serait fort étonné des conséquences de son intervention) qui a imposé la coupure avec le travail, et l'inactivité. Ensuite le séjour en milieu hospitalier,

les examens répétés, les discussions entre médecins autour de l'éventuelle opération ont fait le reste. Pierre s'en rend compte. « J'ai changé peu à peu. Au début, à l'hôpital, j'étais calme, j'étais bien, j'attendais le résultat des examens. L'opération projetée ne me faisait pas peur. J'ai fini par la souhaiter même puisque je ne sentais rien mais que les cardiologues disaient que ça pourrait un jour s'aggraver alors qu'après l'opération (on avait envisagé une commissurotomie jugée ensuite inutile) et une courte convalescence, je n'aurais plus rien. J'ai été déçu, très déçu, lorsqu'ils m'ont renvoyé chez moi... et peu à peu je me suis senti devenir triste, renfermé, maussade et de plus en plus fatigué. Le sommeil s'en est mis et tout ça a commencé à trotter dans ma tête. Lorsque mon médecin est décédée et qu'on m'a imposé cette reprise du travail, j'ai cru que le monde entier s'était ligué contre moi ».

L'évolution dépressive a fini par exiger une consultation en psychiatrie, alors que Pierre absorbait déjà des anxiolytiques, des hypnotiques depuis plusieurs mois. On peut distinguer plusieurs phases :

1^o phase. Inactivité imposée médicalement (nous ne discutons pas du bien fondé de cette décision). Changement de style de vie pendant les séjours à l'hôpital. Période d'attente active, coopération, intérêt positif pour les examens et la thérapeutique envisagée.

2^o phase. Déception de ne pas être opéré, frustration intime même. Pierre sait qu'il n'est pas un vrai et grand malade (peut-être son cas est-il désespéré, se murmure-t-il à lui-même). Il devient un patient de cabinet, qui se traîne de plus en plus.

3^o phase. Le tableau clinique se modifie : les signes névrotiques deviennent progressivement prépondérants et exigent la prescription des psychotropes.

4^o phase. Le décès du médecin traitant renforce la rupture affective et amène la décision de la Sécurité sociale qui ne fait que redoubler la coupure. La décision de l'expert confirmant la stabilisation sur le plan cardiologique et recommandant la reprise d'un travail « léger » ouvre la porte au conflit social, l'état du marché du travail étant incompatible avec une telle décision.

5^o phase. Le sujet se voit confronté - dans sa dépression actuelle - avec cette cascade de traumatismes. L'insertion dans la structure névrotique se trouve itérativement renforcée par le

ressassement perpétuel de son récit sur soi-même : repli sur soi à partir de l'incompréhension des autres, repli sur soi encore accentué à partir des symptômes corporels ressentis comme très pénibles.

Situation ataraxique à multiples liens où la décision « préventive » première, tout de même « compréhensible », est devenue, par le jeu des circonstances, un véritable « délire corporel ».

La lecture de ces quatre observations fait ressortir le rôle de l'instance narrative productrice de récit, doublée d'une sorte de délire du corps. Dans l'observation n° 1, c'est la rupture, liée au changement professionnel, qui s'instaure en deuxième événement déterminant pour focaliser le roman névrotique. La deuxième observation montre les distorsions cénesthésiques et interprétatives envahissantes qui donnent à la tessiture hypochondriaque un cachet « cénesthopathique » et « pathomimique » spécifique. Dans la troisième, nous assistons au démarrage d'une narration gémissante venant se substituer à la privation d'une série d'épanchements discursifs gratifiants. Enfin la quatrième est bâtie sur un pur récit : ici les mots ont contribué à façonner les maux et ceux-ci à porter les premiers au pouvoir.

NOTES

1. J. Babinski et Froment, *Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe*, Masson, Paris, 1918. Les troubles physiopathiques correspondent à des contractures, hypertonie musculaire, parésies ou même paralysies transitoires dont le point de départ est l'impact traumatique. Ce sont des troubles à la fois neuro-végétatifs qui suivent les trajets des troncs nerveux et d'origine centrale par des perturbations possibles du schéma corporel.
2. J. A. Barré, *Troubles nerveux réflexes extenso-progressifs d'origine traumatique*, Le François, Paris, 1945. L'auteur expose que les troubles extenso-progressifs ont leur origine à partir du point d'impact de la blessure, mais ils suivent les voies sympathiques. Ils se caractérisent par des algies, des réactions œdémateuses, des manifestations locales de chaleur et de froid, des sueurs... On peut souligner une forme clinique fréquente : le syndrome du sympathique cervical postérieur décrit aussi par Barré (cf. « Formes psychiatriques du syndrome du sympathique cervical postérieur » par M. Riser, L. Gayral. A. Fernandez, *Annales médico-psychologiques*, 1955, vol. II, pp. 108-113).

3. On trouve dans ces syndromes fonctionnels (dits névrotiques au sens large), des *composantes viscérales* fréquentes, parfois très importantes, au point d'apparaître au devant de la scène clinique.

a) Troubles de la sphère gastrique et intestinale. On aura des troubles à deux étages, à l'entrée et à la sortie du tube digestif. Anorexie surtout sélective, digestions lentes, pénibles, douloureuses, avec la langue saburrale, dispepsies, nausées, vomissements même assez souvent. Algies gastriques, brûlures, signes de la série ulcéreuse. Perturbations du transit intestinal à type de « colite spasmodique » avec aérocolie, ballonnements, excréctions capricieuses, constipation. Le tube digestif reste une zone privilégiée pour l'expression morbide...

b) Troubles de la série cardio-vasculaire et respiratoire : syncopes, lipothymies, malaises divers, impressions de manquer d'air ou d'étouffer; on sent son cœur défaillir, on se voit « partir »; palpitations, tachycardie. Parfois troubles de la pression sanguine, tendances hypotensives fréquentes, plus rarement poussées hypertensives sans gravité.

c) D'autres troubles sont moins fréquemment remarqués : pollakiurie, dysurie. Crises tétaniformes ou de spasmophilie. Dysrégulations glycémiques transitoires...

Il faut souligner qu'il y a peu de différences en fonction de l'âge ou du sexe, tous ces troubles se retrouvent partout. Par ailleurs, ces perturbations fonctionnelles ne sont reconnues telles qu'après de nombreux examens pratiqués « pour voir », « pour rassurer le malade », en réalité parce que la pensée médicale qui guide l'entreprise reste très orientée et dominée par « l'organicité », par la causalité mécanique directe...

D'une façon plus générale, comme le souligne J. Gosset (*Précis de pathologie chirurgicale*, t. I, p. 115, Masson, 1947), « l'individu formant un tout indissociable à l'intérieur duquel le système nerveux lui-même constitue une unité indivisible, on comprend que des liaisons puissent s'établir entre les troubles fonctionnels et les troubles organiques sans qu'il soit possible de dire quels furent les premiers en date ».

Les composantes professionnelles et les facteurs sociaux dans la maladie-langage post-traumatique

La personne était, ou semblait être, extérieure au travail autrefois. Aujourd'hui, les deux fonctions convergent, des interférences s'établissent. Le moi n'est plus seulement source d'actes : il n'est agent moral que par les actes réglés et ordonnés du travail. Sa continuité devient celle de ses efforts créateurs et producteurs et son statut social se lie de plus en plus à son activité efficace. La vie intérieure même devient le tissu spirituel de nos efforts, de nos attentes et de nos accomplissements. Le travail est entré dans la personne et tend à y prendre une assez grande place. Et réciproquement, quand il est heureux et libre dans son travail, l'homme a le sentiment d'exister davantage, d'être plus lui-même.

I. Meyerson,

Le travail, fonction psychologique ¹.

L'homme est de plus en plus travail et vie sociale ; ce sont les chantiers où il se forge, où s'enracinent et aboutissent ses conduites. Par rapport à ces paramètres, il faut se questionner pour savoir d'une part, ce que devient le travailleur éloigné du travail à

cause des suites d'un accident, et d'autre part, pour essayer de mettre en évidence ce qui dans le travail lui-même peut agir en tant que facteur pathogène et favoriser l'éclosion de troubles d'intolérance aux suites d'un traumatisme banal. On pourra étudier aussi les conditions de vie sociale pour déceler et mettre en relief ce qui peut influencer et faciliter l'élaboration d'une expression clinique se traduisant comme une maladie-langage.

I. FACTEURS RELATIFS AU TRAVAIL

Le travail est une action systématisée, organisée en vue d'un effet producteur, faite en commun par les hommes, et destinée à créer des objets ou des valeurs ayant une utilité dans un groupe. C'est, de plus, une activité disciplinée, soumise à des contraintes de la matière et du milieu humain. Par là, le travail est une conduite, un type de conduite, qui, au reste, a une histoire et répond à des fonctions qui ont varié et peuvent varier au cours de l'histoire.

Mais, en un second sens, le travail, c'est le comportement humain même, observé non plus selon les critères psychologiques ordinaires de structure et de signification, mais dans la perspective de l'analyse sociale. C'est le comportement de l'homme dans la société en tant que son activité contribue à l'existence et à la persistance de cette société et est soutenue par elle; c'est-à-dire inséré dans tout le concret social et économique du lieu et du moment. L'histoire tend à rapprocher le sens large du sens étroit en ce que la fonction de travail prend dans la société une place de plus en plus forte.

I. Meyerson,
*Comportement, travail, expérience, œuvre*².

1. PRÉLIMINAIRE

L'observation et l'étude de ces syndromes nous ont livré quelques enseignements sur les fonctions des conduites de travail et des rapports sociaux tant à propos de la création de ces syndromes qu'à propos de leur résolution. Le travail est une conduite humaine complexe qui semble liée à l'apparition de l'homme en tant qu'homme dans l'échelle animale. Le travail prend une importance absolue dans les relations sociales et humaines, il constitue la base de toutes les autres activités; le travail fait partie des droits de l'homme, il est en tête des principes des constitutions modernes libérales. Le travail devient une obligation : il est inscrit comme tel dans les constitutions socialistes. Principal artifice dans la dénaturation, le travail est devenu la fonction primordiale qui donne naissance à tous les autres artifices, aux instruments médiateurs qui ont permis et permettent à l'homme de transformer son monde immédiat et par là de se transformer lui-même. Le travail médiatise le monde, introduit entre la nature et l'homme une série de plus en plus complexe de moyens, d'outils et de techniques, et l'homme, en apprenant le maniement des outils et des techniques, en inventant sans cesse de nouveaux outils et de nouvelles techniques, marque de sa griffe son propre cheminement, son effort pour s'inscrire dans le mouvement³. Les échanges entre l'homme et son milieu de travail sont un peu effacés, ils ont été absorbés par la succession des faits. Une recherche archéologique est nécessaire pour mettre en évidence leur articulation historique, rappeler les étapes où les mutations sont devenues possibles. Ces temps derniers, ce siècle dernier, les mutations se sont faites plus impératives. L'avènement du capitalisme et du machinisme industriel a pressé le mouvement, favorisant les grandes concentrations de population, de lieux de travail, d'habitation.

Tout ceci a donné naissance, en un temps relativement rapide *pour les fonctions d'adaptation de l'homme*, à des formes de vie sociale, à des formes de travail où l'homme ne se sent pas très à l'aise. On peut, dans cette période récente, suivre les changements, les phases d'adaptation et de non-adaptation de l'homme au monde qui l'environne, à la vie sociale, à la vie de travail. On a appris à connaître les situations favorables et celles qui le sont moins, les facteurs individuels et sociaux qui facilitent l'adaptation et ceux qui augmentent les chances de désadaptation.

Or, l'apparition de ces syndromes d'intolérance à un événement traumatique montre certains aspects de ces ruptures, met en évidence de façon presque expérimentale un certain nombre de facteurs liés au travail et à la vie sociale qui peuvent intervenir dans leur éclosion ou qui peuvent agir favorablement dans leur disparition. Plutôt qu'un recensement des situations particulières, nous voudrions évoquer les facteurs qui ont semblé dominants et par comparaison ou par analogie ce que d'autres facteurs peuvent nous apprendre sur le rôle fonctionnel du travail. Nous faisons allusion aux phénomènes de transplantation, à la mobilité du travail et des populations en milieu industriel, aux liens qui se tissent entre l'homme et son poste de travail, à leur densité, leur signification, aux possibilités de qualification et de reclassement professionnels après un éloignement forcé ou volontaire d'un travail donné, dossier complexe et délicat auquel nous voudrions emprunter et aussi apporter quelques éléments.

Pour aborder cette étude, nous procéderons en trois étapes, centrées par trois moments évolutifs du syndrome névrotique : *son éclosion, son installation, sa résolution éventuelle.*

2. LES FACTEURS PROFESSIONNELS PATHOGENES

LIÉS A L'APPARITION DE LA MALADIE-LANGAGE POST-TRAUMATIQUE

On ne peut retenir de lien de causalité entre le type d'accident constaté et le poste de travail où cet accident survient ni entre les circonstances de l'accident lui-même et l'apparition du syndrome. Nous voulons dire que tout est dans les rapports, dans le passage d'un élément à l'autre, dans la façon dont ces éléments se réunissent et prennent corps en un tout original.

Lorsque survient un accident, plusieurs questions surgissent. Les unes relatives au poste de travail, les autres à l'individu. On sait que même si tous les risques inhérents à un poste de travail sont signalés et correctement compensés par des systèmes de protection, des accidents restent possibles. On sait aussi que le message portant l'information utile peut ne pas être correctement enregistré par ceux qui travaillent à ce poste, qu'il y ait oubli, inattention, fatigue excessive ou que les circonstances habituelles du déroulement des tâches se soient modifiées : mobilité du personnel, interruptions, concentrations d'employés à un moment donné ; tous ces facteurs favorisent la cassure dans le

déroulement cyclique des tâches et permettent l'apparition du geste néfaste ou de l'incident matériel intempestif⁴. On sait aussi qu'il y a un apprentissage continu des conditions de travail et aussi, hélas, des accidents qui surviennent. C'est toujours après, dans l'enquête rétrospective, que telle partie de l'ensemble prend valeur significative dominante. Ce qui ne veut pas dire que l'accident est inévitable et encore moins qu'il est nécessaire, mais il est indispensable de multiplier les études de ces situations d'accident en essayant à tout prix d'échapper aux explications sommaires^{5, 6}.

On pourra ainsi retenir l'importance de telle ou telle cause apparemment décisive : heure où survient l'accident, moment de la semaine (on sait que les accidents sont plus nombreux en début et en fin de semaine et de journée), état de propreté et de disponibilité du poste de travail, du chantier, de l'atelier, signalisation et mise en place effective des moyens de prévention reconnus comme obligatoires. En réalité, *le sujet blessé se trouve pris entre deux solutions : attribuer la causalité à ce qui lui est extérieur, à ce qui touche aux conditions de travail ou se l'attribuer à lui-même*. Or nous avons l'impression que tous ces sujets mettent en avant le rôle du facteur personnel de façon manifeste quel que soit l'accident et quelles qu'en soient les circonstances⁷. *Tel semble être le premier fait particulier dans ces syndromes : l'implication du sujet lui-même dans la série causale (implication du sujet dans l'explication qu'il se donne à lui-même)*. Ce fait est lié au caractère anodin de l'accident qui suscite à la fois mécontentement de soi et impression d'un raté dans le déroulement des choses, d'une bêtise, d'une erreur qui est venue précipiter la conjonction malheureuse des actes.

Il faut rappeler qu'en ce qui concerne les accidents du travail, la causalité de l'accident ne joue pas directement en matière de réparation. La législation ne recherche pas un coupable ou un responsable (ce qui peut se faire par ailleurs en matière juridique civile ou pénale)⁸. La cause n'a aucune incidence sur les suites socio-économiques sauf en des circonstances tout à fait inhabituelles ou exceptionnelles.

Le fait matériel de l'accident pose la *question de l'éventuelle adaptation de l'accidenté à son poste de travail*. Il s'agit dans la plupart des cas d'un ouvrier qui, jusque-là, donnait satisfaction à l'employeur et se trouvait satisfait de lui-même. Le seul indice possible qui se dégage de l'examen des cas, est lié à la qualité du

travail assumé. Ce n'est pas une règle absolue (notre observation pourrait même démontrer l'inverse...), mais on peut dire que *plus le sujet est soudé à son métier, au travail qu'il accomplit, plus il trouve de satisfaction dans les tâches effectuées, plus il y a de chances pour que les suites du traumatisme soient banales*. Le facteur économique ne semble pas déterminant à lui seul. *C'est la qualité des rapports* avec et dans le travail, la satisfaction ressentie dans l'exécution des tâches, la valeur des rapports sociaux qui sont l'élément déterminant. En effet, dans la majorité des cas, nos blessés sont des personnes peu retenues par le travail, non pas des désinsérés ou des marginaux, ceci est une autre question, mais des gens dont *le degré d'adaptation affective* (non l'adaptation d'exécution ou de rendement) *est médiocre*.

Le niveau de qualification compte pour beaucoup aussi; plus il est élevé et moins les retentissements pathologiques sont importants. Toute question économique mise à part (les indemnités versées pendant l'arrêt de travail sont pratiquement équivalentes au traitement normal), la durée de l'absence se limite à l'indispensable. Nous n'avons vu de troubles chez aucun travailleur ayant d'importantes responsabilités. Il peut y en avoir; mais cela doit être beaucoup plus rare. Il semble que les responsabilités, la haute qualification exercent un pouvoir attractif plus grand, rendent le travail plus présent. Un traumatisme minime ne vient pas mettre fin à une série adaptative. L'écho des conduites de travail est conservé en soi, le retour à une date donnée est déjà inscrit dans la série des mesures et des conduites, en quelque sorte dans le projet qui s'élabore dès le tout début de la période de repos.

Ainsi un certain nombre de facteurs semblent jouer dès le départ, en fonction du travail. 1) Si l'accident est léger, banal, «bête», le mécontentement du sujet est d'autant plus grand avec exacerbation du facteur personnel. 2) Meilleure était l'adaptation affective au poste de travail, mieux est accueillie la perspective du retour, comme si la surface d'accueil de ce retour était déjà prête. 3) Plus la qualification est effective et grande la responsabilité, moins nombreuses seront les chances d'apparition de phénomènes d'intolérance à un événement traumatique.

3. ASPECTS DE LA DYNAMIQUE PROFESSIONNELLE

Ces troubles survenant comme une réponse d'intolérance à la rupture de l'histoire individuelle et plus particulièrement à l'interruption de la dynamique professionnelle, il semble intéressant de chercher ce qui peut être caractéristique *aux trois moments charnières de la vie de travail* : le choix du métier, l'insertion dans la vie de travail, l'aspiration et l'avancement dans le profil de la carrière professionnelle.

Le choix du métier, l'apprentissage peuvent prêter à des erreurs, à des illusions, permettre la mise en place d'un projet d'avenir qui ne correspond plus à ce qu'en sera la réalisation. Au cours de l'évolution de la vie professionnelle, les interactions avec le milieu du travail peuvent changer. L'estimation de l'indice de « congruence » peut dénoncer des perturbations dans les relations de l'ouvrier vis-à-vis de son travail ou vis-à-vis des autres membres du groupe qui peuvent amener des cassures. Enfin, on sait que tout acte fait partie d'une série, que la période de travail se situe dans un certain devenir, ce que l'on fait aujourd'hui a une valeur d'échange actuelle certes, mais aussi une valeur par rapport à ce qui va suivre, aux avantages à obtenir dans l'avenir immédiat et dans l'avenir lointain ; il y a un niveau d'aspiration et un niveau de réalisation ; des décalages excessifs peuvent devenir sources de désadaptation décompensatrice. En chacun de ces trois aspects nous chercherons surtout ce qu'ils peuvent amener comme *déception* ou alimenter comme *ressentiment*.

a. L'illusion professionnelle et les conduites d'anticipation

Pierre Naville a étudié le phénomène de « la cristallisation de l'illusion professionnelle »⁹ qui résume l'ensemble des aspects de cet imaginaire du professionnel qui peut entraver le projet de vie. De l'enfance à l'adolescence, seul le chemin de l'école conduit tous les humains aux portes soit d'autres études théoriques longues, soit d'un apprentissage professionnel plus rapide. Le choix du métier, l'orientation professionnelle, impliquent l'évaluation des aptitudes physiques et psychologiques du postulant, l'étude du marché du travail et de son évolution probable et la connaissance des possibilités concrètes de formation professionnelle à un moment et en un lieu donnés. Parfois tout coïncide,

goût et dispositions de l'individu, moyens d'accès à la profession souhaitée, débouchés ultérieurs, mais parfois aussi rien ne marche. L'une des difficultés fréquentes de réussite est liée à la représentation mentale et imaginaire que peut se faire le candidat d'une formation professionnelle, du métier qu'il désire exercer, de la profession qu'il voudrait embrasser. Toute une série d'éléments se cristallisent en une illusion recouvrant ce que sera telle pratique professionnelle et cette illusion peut se muer en désillusion lorsque le but semble atteint. Ces sujets sont pris au piège de ce qu'ils ont cru être la représentation d'un métier, l'accomplissement d'une vocation. Alors que rien n'a manqué à la réalisation de ce désir, que parents et formateurs ont contribué de leur mieux, le fruit des efforts ne répond plus aux premiers désirs. Un sentiment d'échec, un ressentiment peuvent s'exprimer plus ou moins clairement. Il est possible, bien sûr, de changer de profession mais cela est plus facile en théorie qu'en pratique. Il faut aller à l'encontre des siens, de soi-même, avouer qu'on s'est trompé. Il faut enfin être capable de saisir la bonne occasion pour prendre le virage et réussir le changement. Le plus souvent, sous le masque d'une apparente résignation, la profession « reste en travers de la gorge ». Toute une série de sentiments vont s'installer et se cristalliser autour de l'illusion première. Ces sujets en resteront fragiles, peu sûrs d'eux-mêmes, mécontents. Ils seront sans aucun doute les candidats désignés aux phénomènes d'intolérance, lors du premier accident. Nous en avons vu qui lors de leur premier accident travaillaient déjà dans un autre métier et quelques autres qui continuaient dans la profession primitivement apprise. Ils attendaient tous la fin de leurs troubles, incertains, mais aucun n'était franchement content d'envisager qu'il ne pourrait plus travailler dans ce métier peu accueillant cependant. Leur indécision se prolongeait sans plus, en attente d'autre chose, comme si l'illusion professionnelle avait déjà été une attente passive. Ceci pour dire qu'il ne suffit pas d'avoir bénéficié d'une bonne formation professionnelle, souhaitée et voulue, et de pouvoir ensuite travailler dans ce métier, pour être à l'abri de tout aléa. Ce ne sont pas des raisons suffisantes pour un bon coefficient d'adaptation affective qui nous semble pourtant l'élément primordial en matière de vie professionnelle.

b. La congruence du status et la distance sociale

On peut tenir compte pour apprécier le niveau d'adaptation à la situation de travail de ce que G. Homans¹⁰ a appelé « la congruence du status », c'est-à-dire du rapport entre les différentes appréciations portées par les ouvriers eux-mêmes sur certaines composantes de leur situation de travail. Trois catégories d'éléments prédominent dans l'appréciation du status : les « investissements » personnels, le « revenu » obtenu (argent, intérêt au travail et considération des autres), le « coût » (fatigue et restriction de sa liberté); une quatrième peut intervenir : la responsabilité. Il y aurait congruence du status quand les ouvriers « ont fait leur la croyance » que les choses sont ce qu'elles devraient être, quand il y a « alignement » des estimations faites pour chacun de ces éléments à savoir un équilibre entre elles. Une congruence élevée est gage de satisfaction donc de stabilité. Cette notion introduit dans ce que nous avons appelé adaptation affective la composante rétribution financière et la composante qui représenterait ce que l'on met de soi dans un travail. Les résultantes ne sont pas toujours des sommes mathématiques; il y a des cas malheureux, des résultats paradoxaux, mais on pourrait dire que de façon générale ceux de nos sujets chez lesquels l'incidence psychopathologique a été la plus bruyante et la plus tenace sont bien ceux qui avaient des status de faible congruence.

La distance sociale est une aptitude à accepter l'autre en situation de groupe. Bogardus en a décrit les aspects et les méthodes d'approche dès 1925. Il nous a été donné d'utiliser cette méthodologie sociale dans une collectivité d'ergothérapie¹¹. Des données recueillies on peut induire que dans un groupe de travail la position de chacun est d'autant consolidée ou au contraire affaiblie qu'il est mieux accepté ou plus rejeté par chacun des autres membres du groupe.

c. Les niveaux d'aspiration et de réalisation

Le niveau d'aspiration vient s'inscrire dans la courbe de développement de l'individu face à son métier et à la vie sociale. Kurt Lewin¹², par exemple, a insisté (après d'autres) sur l'importance de cette notion qui comprend l'ensemble des aspirations

d'un individu en fonction de ses possibilités réelles ou plutôt de ce qu'il imagine être ses possibilités. Il ne faut pas négliger le monde imaginaire de l'homme, ses impressions, les idées qu'il se fait; non plus que ce qu'il attend et en particulier ce qu'il attend de sa vie professionnelle, au moment où survient l'accident. Celui-ci se situe sur un terrain déjà habité, à un moment précis de la vie professionnelle où justement il était difficile d'affronter cette situation nouvelle et inopinée. C'est souvent au moment où l'on s'y attendait le moins, juste lorsque quelque chose d'autre allait enfin avoir lieu - décision, possible promotion, changement dans la vie de travail - que s'impose l'événement traumatique qui vient tout compromettre.

4. LA PHASE D'INACTIVITÉ PROFESSIONNELLE FAISANT SUITE A L'ACCIDENT

Si l'accident est bénin quant aux suites corporelles, biologiques et psychologiques, du moins à première vue, il peut en aller tout autrement de ses éventuelles conséquences pour la vie professionnelle de l'intéressé. Et ceci uniquement du seul fait du repos. On considère comme grave tout accident qui entraîne un arrêt de travail de plus de quatre jours, grave tant pour l'individu que pour la collectivité et surtout pour la suite de l'activité professionnelle.

On aurait tendance à considérer que le repos est automatiquement bénéfique et nécessaire et que cette période d'inactivité est une phase simplement passive où il ne se passe rien. On oscille entre deux extrêmes : la nécessité pour le blessé d'une phase de réparation, les exigences de la collectivité qui cherche à réduire le coût de l'arrêt de travail au plus juste. On ne peut se contenter d'apprécier ces aspects économiques de façon univoque ¹³.

La phase de repos entraîne une perte des habitudes utiles à l'exécution des tâches. De façon variable, en fonction de l'âge, du niveau de qualification, de la nature du travail. Mais il est évident que la plupart des tâches actuelles réclament un certain degré de mécanisation et de socialisation qui ont exigé un apprentissage et l'acquisition d'une pratique. Même les simples travaux de terrassement ne s'exécutent pas exactement de la même manière à chaque moment et en chaque endroit. Il faut connaître les aires de déplacement des engins sur un terrain de configuration

variable, suivant des lieux dont il faut apprendre la topographie - les chantiers sont mobiles (ce n'est pas le même fragment de route, le même étage de l'immeuble...) - et aussi en fonction des autres (on ne travaille pas de la même manière avec tel compagnon ou avec tel autre, il faut s'habituer au chef d'équipe ou aux responsables du chantier). Les tâches les plus banales exigent un certain apprentissage, une spécialisation qui répondent à un type de fonctionnement, rompu du fait de l'accident. D'autres tâches réclament un certain type d'attention qu'il a fallu éduquer, des habitudes motrices, l'enregistrement précis des paramètres de travail, des conduites temporelles tenant compte des dimensions, des écarts, des rythmes, des cadences voulues par la machine, par le dispositif ou la partie du dispositif ou de la machine dont il incombe au sujet d'assurer le bon fonctionnement en harmonie avec les autres tâches et les tâches des autres.

Le travailleur est conscient de tous ces impératifs. Il sait que pendant cette période d'inactivité, il s'éloigne de ce qui était, jusque-là, le plus important dans sa vie, du moins à cause du temps et de la place que cela occupait. Les possibilités de promotion sont également compromises puisque la qualification peut diminuer faute d'exercice. Plus simplement, il n'est pas toujours facile d'accepter que sa place soit occupée par quelqu'un d'autre, peut-être transitoirement mais peut-être aussi de façon définitive. Autant de faits vécus, de pensées qui « travaillent » dans la tête de l'accidenté. On a tendance à croire que le travailleur est content de son inactivité; cela peut être vrai, mais ce n'est pas la règle générale, il s'en faut. Très souvent les sujets s'ennuient. Par contre et de manière constante chez les sujets que nous avons examinés, on constate une conscience plus ou moins aiguë d'une possible dégradation des habitudes professionnelles qui fait appréhender parfois le retour au travail, même si, à ce stade, il ne peut être encore envisagé de façon précise. L'étude des *rapports du sujet avec son inactivité* mériterait de plus longs développements, mais il faut insister ici sur le pouvoir de dissolution propre à l'inactivité, surtout chez celui qui ne sait que travailler tout au long de ses jours¹⁴. Par rapport à l'activité professionnelle antérieure et future, cette phase d'inactivité est une période en blanc où va s'inscrire une certaine négativité et éventuellement un certain travail de cette négativité. On sait que le plus souvent les gens disent être contents de reprendre

le travail et qu'ils en avaient assez de rester chez eux. Rares sont ceux qui savent « s'organiser ». Ce n'est en aucune façon un temps assimilable à une période de vacances, *c'est un temps disponible imprévu dont on ne sait que faire, qui désorganise la vie* et qui compromet les chances du retour au travail.

5. LA PHASE DE RETOUR AU TRAVAIL

La présence des syndromes d'intolérance complique tout. Non seulement la reprise du travail, déjà difficile pour tous, est sans cesse remise en question, mais le plus souvent elle s'avère impossible dans le poste occupé précédemment, et il faut envisager un complet changement d'activité. Dès que le syndrome est diagnostiqué *la reprise du travail doit être envisagée comme une manœuvre thérapeutique* parmi d'autres et elle doit être l'objet d'autant d'attention que la réduction d'une ankylose consécutive à une fracture ou que toute séquelle corporelle. Du point de vue du sujet, il n'en est pas toujours ainsi. Le plus souvent les interventions aux diverses phases de la thérapie, lors de la réinsertion, restent dissociées, séparées, sans coordination. Les textes législatifs et administratifs prévoient cette coordination mais elle ne passe pas toujours dans la pratique.

Cette réinsertion implique souvent un véritable *reclassement professionnel*, soit par remise au travail dans un poste nouveau compatible avec les possibilités actuelles, soit après formation professionnelle véritable. Il ne s'agit pas d'appliquer ces mesures de façon aveugle et automatique comme on peut le rencontrer parfois, mais de tenir compte des désirs réels des intéressés qui ne coïncident pas toujours avec les résultats obtenus aux tests et examens psychotechniques ou avec l'avis de réorientation émis par différentes commissions. Chez les sujets qui nous occupent il existe comme un déterminisme profond dont il faut tenir compte, une exigence de sécurité, des habitudes bien ancrées, toutes choses répondant à une sorte de tropisme opératoire qui n'a peut-être rien de commun avec ce qu'a écrit Szondi¹⁵ mais qui agit comme une tendance très forte, les amenant à ne pouvoir réellement travailler et être heureux dans leur travail que lorsque cette tendance trouve un minimum de satisfaction. Combien de formations professionnelles acceptées et subies par des sujets qui n'en peuvent mais, dans le seul but de

continuer à percevoir les indemnités et allocations subséquentes, sont ensuite abandonnées. L'intéressé n'en a retiré aucun bénéfice, sinon celui d'avoir subi une situation désagréable voire même humiliante, vécue comme telle. Chez ces sujets fragiles, il est préférable d'envisager un reclassement par étapes, en essayant de gagner à chaque pas leur acceptation jusqu'à ce qu'ils puissent à nouveau retravailler dans leur métier. Ce qui devient possible beaucoup plus souvent qu'on ne le pense; le tout est d'attendre, d'aider cette attente, d'assister le malade dans son cheminement, de le soutenir dans ses efforts en écartant les obstacles qu'il accumule lui-même, de façon involontaire bien sûr, et qu'il est impuissant à éviter.

II. LES FACTEURS SOCIAUX

1. ÉVÉNEMENT ET DÉRACINEMENT

Nous savons que les relations intra et interfamiliales ne sont pas simples et que tous les membres de la famille ne font pas un front de solidarité uni autour du blessé tout au long de l'évolution de ses troubles. Il y a aussi ce qui, autour de la famille, par-delà les frontières du cercle des siens, appartient au groupe, à la société.

Dans nos observations, le syndrome d'intolérance se retrouve aussi bien chez des sujets autochtones que chez des personnes intégrées dans une population depuis longtemps, ou chez de nouveaux venus, récemment incorporés au régime de vie et de travail français. Nous avons pensé, dans un premier temps, exclure de notre étude tous les cas où interviennent des composantes linguistiques ou d'appartenance nationale différente, autrement dit, les transplantés, et cela pour observer des syndromes plus purs. En réalité, deux faits se sont dégagés et nous ont amenés à changer d'avis. D'abord la transplantation, les habitudes linguistiques, ne nous ont pas semblé jouer un rôle majeur ou représenter un facteur pathogène spécifique. Ensuite *tous les travailleurs nous ont paru, à quelque degré, «déterritorialisés»*, et il n'y avait donc pas lieu d'exclure tel ou tel facteur de l'ensemble de la condition ouvrière dans ses caractéristiques psychosociales ¹⁶.

Les réactions devant l'accident peuvent prendre des colorations différentes, mais ces colorations ne sont pas le fait pathogène fondamental dans ces syndromes; l'ombre n'est pas la proie. La diversité des styles de vie s'élargit sans cesse, comme l'a récemment rappelé Alwin Toffler ¹⁷.

2. LES MENTALITÉS PARADOXALES ET LES PERSONNALITÉS MARGINALES

Paul Courbon ¹⁸ a groupé en 1925 un certain nombre de faits liés aux décalages des mentalités, c'est-à-dire à des habitudes de penser et d'agir différentes de celles du groupe auquel on appartient. C'était peut-être une façon de différencier les gens, une sorte de caractérologie sociale. On trouve des différences en fonction de l'âge, des désaccords entre l'âge et le niveau biologique et on a pu décrire des infantilismes persistants ou des sénilismes précoces selon que l'on emprunte des traits de mentalité aux enfants (naïveté, inconsistance, légèreté...) ou aux vieillards (répétition, radotage...). Entre les deux on parlait d'adultisme pour les enfants apparemment trop sérieux pour leur âge ou pour des personnes âgées qui gardaient leur fraîcheur. En fonction du sexe aussi on a pu caractériser les réactions, et l'antagonisme féminité-virilisme (dénommé phallocratisme de nos jours) est loin d'avoir disparu, de même qu'on a pu isoler certains traits liés à l'appartenance à des minorités sexuelles ou à la présence de toute autre particularité biologique ou ethnique plus ou moins évidente.

En fonction du niveau sociologique, Courbon a isolé deux types de mentalité; *les mentalités anatopiques et les mentalités anachroniques*. Les milieux secrètent des mentalités spécifiques, il y a un esprit de caste, un esprit de famille, un esprit de province, un esprit de clocher... qui se manifestent par des comportements communs devant certaines circonstances ou du moins en certaines occasions.

L'anatopisme est ainsi décrit par Courbon : « La mentalité anatopique est celle qui n'est pas en harmonie avec la mentalité collective du groupe où vit l'individu, mais qui l'est avec celle d'un groupe contemporain. » ¹⁸ (p. 258). Ce groupe recouvre tous les déclassés de naissance, les « dévoyés » (ceux chez qui les conditions d'existence et le tempérament ne sont pas

en concordance) mais aussi les déracinés, les transplantés, les expatriés. Courbon en donne l'explication suivante : « l'anatopisme mental n'est que la révélation fortuite d'une inadaptabilité élective qui serait restée ignorée si le sujet n'avait pas eu à se soumettre aux influences sociologiques pour lesquelles il est réfractaire. »¹⁸ (p. 259). On pourrait sans doute ajouter les opposants, les insoumis, les marginaux, les objecteurs de conscience, ceux qu'un centre rejette et qui se manifestent à la périphérie, jusqu'à ce que la périphérie bascule et donne naissance aux archipels où l'anatopisme d'hier pourrait devenir la règle de demain...

L'anachronisme mental serait la mentalité des hommes d'un autre âge. Ceci semble plus valable à l'heure actuelle, du moins pour certains aspects. Courbon sépare a) les mentalités primitives qui conservent un mode de penser et de faire d'autrefois, avec certaines inflations de l'affectif et large halo émotionnel accompagnant les propos et les actes, attitudes infraobjectives dominantes; b) l'anachronisme par mentalité prémoderne, sorte de fuite en avant, dirait-on aujourd'hui, qui s'accompagne paradoxalement (et ceci reste vrai) d'un manque de souplesse et d'adaptabilité à l'actuel; c) le zoanthropoïdisme, de dénomination étrange, qui comprend l'ensemble des réactions de type animal, de caractère sauvage, depuis les colères terribles (ces légendaires colères...), les comportements cruels d'autoritarisme plus ou moins organisé (et on a assisté depuis à de véritables industrialisations de ce zoanthropoïdisme qui survit encore dans toutes ces conduites où la chasse à l'homme et la loi de la jungle règnent en pleine civilisation dite de haut niveau).

Courbon insiste bien sur le fait qu'il s'agit de cas non pathologiques mais où le modelage de l'individuel par le social n'est pas aussi net que le pensait Durkheim, qu'il s'agit de mentalités inattendues, paradoxales qui traduisent l'inadaptabilité à un moment et à une société donnés. Anormalité sociale si l'on veut, en fonction des paramètres qui servent de norme à un groupe précis. Pour Courbon, ces mentalités seraient un trait d'union avec les états psychiatriques francs en chemin vers l'aliénation. Il s'appuyait sans doute sur la notion de Blondel pour qui la conscience morbide était une conscience individuelle réfractaire à la norme sociale, incapable de se socialiser. Ce qui reste vrai, c'est que le pont entre le biologique et le sociologique reste un obscur passage où bien des éléments sont encore inconnus.

Pont « hasardeux », à peine ébauché encore aujourd'hui. Courbon avançait la notion réductrice d'une « constitution anormale ». Certains osent encore penser ainsi.

La notion de « personnalité marginale » des sociologues, de Kardiner¹⁹ en particulier, est à la fois différente et voisine. Différente parce que la marginalité est appréciée plus au niveau des faits et en fonction de la situation dans les groupes (on peut être marginal à un groupe par exemple par simple timidité, tout en ayant une mentalité identique à celle de ce groupe). Voisine parce que la marginalité entraîne une certaine exclusion, un possible rejet et à la fois des possibilités de frustration de soi et de frustration aux autres. En réalité la diversité des modes de vie des groupes et sectes cohabitant devient telle que la tolérance vis-à-vis des différences a (ou devrait avoir) tendance à s'accroître, comme le souligne A. Toffler¹⁷.

3. LES ÉTATS DE NOSTALGIE

Les états de nostalgie ont été notés il y a très longtemps, en 1821, par le médecin Larrey, chirurgien des armées de l'Empereur. Percy, un autre médecin militaire, disait déjà en 1819 : « Le cerveau et l'épigastre sont affectés simultanément ». En effet, ces états se traduisent physiquement par la perte de l'appétit, l'anorexie et cela jusqu'à la dénutrition, alors que sur le plan psychique, la rêverie domine. M. Bachet en fait une description en 1950²⁰. Formes cliniques où dominent l'humeur triste, l'inquiétude, l'anxiété, le refus plus ou moins évident de participer à la vie immédiate, d'accepter de sortir de soi, d'être touché par tout ce qui est fait, tout ce qui pourrait provoquer des distractions, changer les idées. On avait observé ces états chez les marins et chez les Bretons enrôlés dans les armées de l'Empire de façon fréquente, massive. Ces réactions plus ou moins accusées, depuis le cafard jusqu'aux états de nostalgie proches des bouffées psychotiques aiguës, se voient partout lors des séparations, des exils, des expatriations et peuvent englober jusqu'aux psychoses carcérales plus récemment décrites. Situations où la séparation devient insupportable, arrachant les sujets à eux-mêmes, à leur contrôle et qui ouvrent la porte aux états psychiatriques réactionnels plus ou moins aigus, plus ou moins durables. De l'hyperémotivité des « âmes douces et

sensibles» qui se replient ou s'exaspèrent aux états très bruyants, ces réactions traduisent l'impossibilité d'établir un rapport valable entre la vie antérieure et la vie actuelle trop différente et qui a brisé les relations intimes jusque-là habituelles. Bachet insiste comme Huot et Voivenel, à propos du cafard, sur l'importance «du peu d'étendue des connaissances empêchant l'homme de mieux connaître la situation exacte» ²⁰ (p. 19), ainsi que sur le besoin des relations intimes qui ont toujours été celles du sujet. Séparation impossible de la souche natale, nostalgie du sein maternel, de ce qui l'a remplacé.

Chez les exilés, les expatriés, des réactions psychologiques de nostalgie et de fuite mentale peuvent se manifester. Jose Solanes, dans son étude sur «L'exil et les troubles du temps vécu» ²¹ souligne combien l'espace vécu au présent, hors de la terre natale est exigü, inconfortable; tout se rétrécit mais le temps s'épaissit, s'alourdit, n'en finit pas de passer, «l'exilé ne vit que pour le rapatriement» ²¹ (p. 69). «Dans ces états, regrettant les ans passés et la patrie lointaine, on ne fait que se regretter soi-même. Ce n'est pas d'un conflit avec l'ambiance qu'il est question, c'est d'un conflit existentiel qu'il s'agit» ²¹ (p. 72). Solanes insiste sur le fait que chez l'exilé, il y a «arrêt ou plutôt faillite du temps» ²¹ (p. 76).

Ces états de nostalgie traduisent un certain éloignement de soi-même et du monde, une abstraction imposée et qu'il faut subir comme on peut, et parfois sur une modalité pathologique, comme l'a souligné récemment V. Jankélévitch ²².

4. LA PSYCHOPATHOLOGIE DES TRANSPLANTÉS

Les populations déplacées et transplantées sont de plus en plus nombreuses. Avec le machinisme industriel les exodes ruraux se sont accélérés ainsi que les migrations de populations vers les villes. Transferts des contrées où l'emploi est rare vers les zones où le travail est possible. Déplacements régionaux puis, de plus en plus souvent, des pays en voie de développement vers les pays riches, désireux d'accueillir cette main-d'œuvre parce que les populations autochtones ne sont plus assez nombreuses ou qu'elles refusent certains types d'emploi. Ces migrations de saisonnières et temporaires sont devenues récemment de plus longue durée. Les gens ont souvent deux pays : leur

pays d'origine où ils retournent en vacances et envoient de l'argent pour aider ceux des leurs restés au pays, ce pays où ils comptent revenir lorsqu'ils auront amassé suffisamment d'argent pour l'achat d'une maison et assurer leurs jours de vieillesse ; et l'autre, le pays d'emprunt où ils vendent leurs forces contre un salaire qui leur permet de vivre et d'épargner. Ces flux de population « déterritorialisée » d'abord, puis « reterritorialisée » ensuite et enfin « bi-territorialisée » sont si importants qu'ils sont devenus un fait banal. Ils s'écoulent entre les villes et les campagnes, d'un pays à un autre pays. La transfusion, les échanges d'exportation-importation de populations sont permanents quoique de plus en plus contingentés, limités, prévus et contrôlés. L'adaptation est de plus en plus facilitée. On sait en partie ce qui se passe dans ce nouveau pays, comment ça fonctionne. Le pays d'accueil arrive à absorber population rurale et étrangère et on ne sait bientôt plus dans les agglomérations urbaines qui est autochtone et qui ne l'est pas, tout le monde cohabite et se mêle. C'est du degré d'insertion ou de l'amplitude de la transplantation qu'il faut parler en acceptant comme un fait lié à l'essor du capitalisme la réalité des populations « déterritorialisées ».

Ces populations, à leur arrivée, rencontrent des difficultés d'adaptation, d'assimilation, d'acculturation. Il est classique de trouver un taux de morbidité psychopathologique plus élevé chez elles que parmi les indigènes, les natifs ou les déjà intégrés. Y. Champion a souligné dès 1958 combien les difficultés avaient évolué avec le temps, et depuis, les variations se sont poursuivies²³. Il ressort de ces travaux que la transplantation n'est plus un phénomène aussi traumatisant qu'autrefois. L'information préalable est plus grande, grâce justement au va-et-vient des populations. D'autres rythmes ont succédé à d'autres habitudes. La déception des premiers temps est moins profonde, personne n'attend plus le paradis, le pays de cocagne, et par ailleurs, les possibilités d'accueil, de réception, les conditions de vie et de logement se sont un peu améliorées, les réactions se sont atténuées, « naturalisées », suivant l'expression de Bachelard.

On a pensé devant ces réactions psychopathologiques des transplantés qu'on pouvait décrire une « personnalité pré-migrante pathologique » ou que l'émigration était une fuite et que peu de chose suffisait alors à révéler ce qui préexistait. D'une façon plus sérieuse on a décrit des perturbations végétatives

et affectives chez les émigrés. Ainsi, Weinberg en 1949 a constaté une hypersomnie chez des sujets hollandais partis en Israël, Seguin en 1951 notait aussi une tendance hypersomniaque chez les montagnards des Andes qui allaient vivre dans les cités industrielles du Pérou. Y. Champion signale de même des états oniriques, des psychoses subaiguës et des syndromes d'évolution chronique qui ont guéri lors du rapatriement, de la suppression de l'isolement linguistique, de la réadaptation progressive au pays. La liste des travaux cités dans cette thèse est longue, signalons cependant encore les travaux de P. Sivadon²⁴ et ceux de G. Daumézon²⁵ et tout particulièrement l'étude de A. et H. Torrubia²⁶ qui montre que l'incidence du milieu n'est pas déterminante pour l'apparition des troubles. Plus récemment G. Dévereux a repris ces questions dans une perspective plus large²⁷.

La dominante dans tous ces faits semble être pour E. Min-kovski²⁸ la transformation du vécu de l'espace et du temps. Espaces invertébrés, les fonctions conservant une racine dans la patrie d'origine. Temps heurté de l'immédiat vécu et de « l'horizonné » attendu. Médiatisations rendues difficiles par l'absence de moyens linguistiques, des habitudes différentes, etc.

Ces faits soulèvent des questions sur la pathogénie auxquelles il est difficile de donner des réponses rapides. Jamais la notion de prédisposition individuelle n'a pu être écartée totalement même si les facteurs pathogènes inhérents au milieu ont parfois semblé déterminants. Les travaux de L. Le Guillant l'ont bien démontré²⁹.

On peut rapprocher de ces faits les *psychoses du lien social* décrites par Kraepelin en 1915, les délires de persécution des hypoacousiques, les difficultés des aveugles, des infirmes, les psychoses de relation de Kreschmer, tout l'ensemble des faits décrits par Koechlin³⁰ sous le titre *Mécanismes instrumentaux d'insertion au milieu*, pour montrer que tous ces facteurs retentissent sur l'ensemble de la personnalité. Nous savons que la notion de personnalité est elle-même fragile, mouvante, et qu'on ne saurait aujourd'hui concevoir son équilibre autrement que dynamique et lié à l'environnement qui en est partie intégrante.

La notion de mobilité de la population active et non active a changé d'aspect et de signification. Tout le monde vit plus ou moins en état de changement et en insertion provisoire.

Les conséquences des phénomènes inattendus, tels les accidents, sont le résultat de beaucoup de facteurs. Toutes ces manifestations notées chez les transplantés, les exilés, les gens dotés de mentalités différentes, nous aident à mieux les situer et à aborder leur étude psychopathologique.

5. OPINIONS, ATTITUDES PSYCHOSOCIALES ET PSYCHOPATHOLOGIE

La notion d'individu, celle de personnalité résultent surtout des interactions sociales. Le concept du moi est une production : confluence des images et des représentations sociales, de la conscience de soi et des effets des comportements liés aux situations. «Chaque conception du moi dans une société donnée, est reliée aux institutions et aux valeurs de cette société, à la fois comme effet et comme cause», écrit J. Stoetzel ³¹ (p. 156). Importance des habitudes et des attitudes sociales où les notions de rôle et de statut prennent leur vraie signification. J. Stoetzel précise : «Les traits généraux de la personnalité d'un individu ne seront rien d'autre que le résultat des influences produites par les caractéristiques générales des situations récurrentes où il aura été placé» ³¹ (p. 166).

Chez nos sujets, la rupture temporelle amenée par l'accident met en cause la série des habitudes et des attitudes. Une solution de continuité donne naissance à une situation sociale nouvelle qui semble devoir être de courte durée mais qui, du fait même qu'elle se prolonge, provoque une certaine déroute subjective, en même temps que la situation subjective change de nature. C'est la marque et la signature du psychopathologique qui perturbent l'acquis personnel en exigeant un remaniement des composantes du statut social. Le jeu des rôles sociaux et les représentations sociales font écho aux perturbations éprouvées par les sujets, à la fois comme cause et comme effet. Ces situations constituent aussi parallèlement l'occasion presque expérimentale d'une étude de la mobilité ou de la fixité de ces attitudes psychosociales.

Du fait que «l'apprentissage de la conduite est en grande partie un apprentissage social» ³¹ (p. 166), les opinions, les attitudes et les comportements mobilisés dans les syndromes névrotiques post-traumatiques répondent à un fonctionnement qui n'est pas qu'individuel ou que physiologique. Le social

contribue à leur élaboration comme nous essaierons de le montrer dans la deuxième partie de ce travail. Il faut rappeler avec J. Stoetzel le rôle fondamental des opinions et différencier leurs trois fonctions qui correspondent à trois aspects de la personne. « Une personne est d'abord un individu situé dans le monde... nos attitudes et opinions nous aident à classer les objets du milieu où nous sommes placés et par là mettent à notre service des prédispositions pour agir et pour affronter ces objets » ³¹ (p. 169). « Une personne est en second lieu un personnage dans un groupe. Or les opinions servent à adapter l'individu à son groupe, à le faire accepter par le groupe... » ³¹ (p. 169). Enfin, « une personne est un individu qui a des besoins, des pulsions : défense du moi, besoin de dépendance, besoin d'autonomie, d'hostilité, désir de statut. A cet égard les opinions ont une fonction d'extériorisation : elle résulte du fait que l'individu aperçoit une analogie entre un événement du milieu extérieur et un problème intérieur non résolu » ³¹ (p. 170).

Les névroses post-traumatiques sont des maladies et par là des « objets sociaux » dont le processus élaborateur réside dans la dynamique sociale à travers les discours que le blessé se tient à lui-même et qu'il tient aux autres, à travers les échos que ces discours réveillent chez les autres puis en lui-même. Ce processus psychosocial est un processus actif et actuel qui s'articule avec le processus corporel pour produire les symptômes. Aussi peut-on affirmer avec J. Stoetzel : « Il n'y a pas lieu de privilégier une fonction aux dépens des autres quand on décrit et explique une personne par ses opinions : à insister sur le processus d'extériorisation des exigences internes, on verse dans une doctrine d'irrationalisme ; à insister sur l'évaluation de l'objet, on verse dans le rationalisme. A souligner trop les exigences sociales, on donne de la personne une image passive. L'intérêt d'une psychologie de la personnalité appuyée sur les phénomènes d'opinion, est qu'elle laisse entrevoir toute la complexité des comportements » ³¹ (p. 170).

NOTES

1. I. Meyerson, « Le travail, fonction psychologique », *Journal de psychologie*, 1955, n° 1, pp. 3-17.

2. I. Meyerson, « Comportement, travail, expérience, œuvre », *L'année psychologique*, 1951, pp. 77-82.
3. I. Meyerson, « Le travail, une conduite », *Journal de psychologie*, 1948, pp. 7-16.

« L'histoire matérielle du travail, c'est celle du passage de ses premières formes artisanales et rurales au machinisme contemporain. Elle se sépare mal de l'histoire psychologique et sociale, car elle est l'histoire des inventions techniques successives et de leur retentissement sur l'homme : sur les conditions de son existence et sur sa vie mentale. Elle est aussi l'histoire des formes du travail adaptées aux divers instruments successivement inventés. A chaque moment, il y a à considérer l'outil et l'homme devant l'outil. L'instrument, la machine posent de multiples problèmes au psychologue; pour prendre quelques exemples : les formes de la pensée engagée dans l'invention; les rapports et les influences réciproques de la recherche pure et de la science appliquée dans l'invention; les raisons de l'acceptation ou de la non-acceptation d'une innovation, etc. La nouvelle technique agit sur l'homme, le forme. L'homme devant l'outil peut être *maître* ou *rouage*; il peut se sentir plus ou moins dépendant; il peut participer plus ou moins et de façons diverses à la machine. » (n.s.).

4. P. Sivadon, A. Fernandez, « Aspects psychologiques des accidents en situation de travail nucléaire », *Le travail humain*, t. 31, n° 3-4, pp. 253-268, 1968.
5. P. Sivadon, A. Fernandez, *L'étude des attitudes psychologiques des travailleurs nucléaires vis-à-vis du risque radioactif*, rapport EUR 4198 f, EURATOM, Bruxelles, 1968.

L'étude des attitudes psychologiques en situation de travail et des ruptures accidentelles montre combien il peut être dangereux de simplifier les données causales : on laisse ainsi échapper la plupart des aspects du système homme-travail qui sont au contraire à étudier dans la situation complexe de travail dans une perspective comparative.

6. J. Leplat, X. Cuny, *Les accidents du travail*, P.U.F., 1974.
7. P. Sivadon, A. Fernandez, « Protection et prévention en milieu de travail nucléaire », *Le travail humain*, t. 33, n° 3-4, 1970, pp. 251-266.

Le facteur personnel doit être envisagé dans le cadre d'une *protection-sécurité* qui doit être apprise au même titre que les divers aspects du travail productif.

8. Précisons qu'il peut y avoir de légères variations dans les modalités d'attribution de la rente réparatrice suivant que la faute incombe de façon flagrante à l'employé ou à l'employeur, dans la mesure où celui-ci a négligé la sécurité minimum ou que celui-là a recherché volontairement l'accident. En pratique, pour les petits accidents, ces incidences sont négligeables.
9. P. Naville, « La cristallisation de l'illusion professionnelle », *Journal de psychologie*, 1953, n° 3, pp. 316-348.
10. G. Homans, « La congruence du status », *Journal de psychologie*, 1957, n° 1, pp. 22-34.

11. A. Fernandez Zoïla, M. Lebreton, « Distance sociale et rapports inter-individuels en milieu psychiatrique », *Annales médico-psychologiques*, 1958, t. II, pp. 224-254.
12. A. Fernandez Zoïla, M. Lebreton, « Etude des mouvements sociaux et pratique psychiatrique », I - Aspects de la psychosociologie de Kurt Lewin, *L'information psychiatrique*, 1958, pp. 259-277.
13. En matière d'accident du travail ou d'accident survenu sur le trajet du travail, la législation française de la Sécurité sociale qui couvre la presque totalité de la population active, est la même pour tous, quelle que soit la nationalité du travailleur. La notion de responsabilité ne compte pas pour l'application de cette législation ni pour l'attribution des indemnités journalières qui sont automatiquement allouées dès la justification médicale de l'arrêt de travail. Elles sont versées à raison de 50 % du salaire de base jusqu'au 28^e jour puis des 2/3, à condition que la matérialité de l'accident ait été reconnue par les organismes de Sécurité sociale. Ces indemnités sont versées pendant une durée indéterminée, de façon régulière, tant que l'accord subsiste entre le médecin traitant et le médecin-conseil et que le motif d'ordre médical l'exige. L'évolution des troubles se termine soit par guérison soit parce qu'aucune amélioration ni aucune aggravation n'est plus à attendre dans l'immédiat. Dans ce dernier cas, il faut accepter une date de consolidation correspondant à la stabilisation des troubles et procéder à l'estimation des séquelles. Ces séquelles seront ensuite examinées afin d'évaluer l'indemnisation permanente partielle ou totale qui sera attribuée en fonction de la gravité des troubles résiduels et de la diminution de la capacité de travail, qu'il y ait ou non reprise d'une activité. Cette indemnité (correspondant à l'incapacité permanente partielle ou I.P.P.) est versée chaque trimestre après la décision médico-administrative. Il existe parfois et de plus en plus souvent, une convention collective propre à l'organisme employeur qui permet dès le début de l'arrêt de travail à l'intéressé de toucher l'intégrité de son salaire pendant une période variant de 3 à 36 mois. En fait, même si l'indemnisation est maximale - 95 % du salaire dans le meilleur des cas - elle reste toujours inférieure au salaire réel du fait des primes et suppléments divers. Des conséquences s'ensuivent pour le vécu individuel, même si elles ne nous semblent pas déterminantes ni aussi décisives qu'on l'a proclamé parfois, dans la genèse des troubles post-traumatiques. Nous avons tenu à préciser ces faits importants, ne serait-ce que par le nombre de démarches qu'ils entraînent au cours de la période post-accident.
14. Sur le plan de la prévention, on essaie ici et là de lutter contre cette inactivité. On connaît l'importance des activités de travail et de groupe dans la thérapeutique institutionnelle. Dans le cadre d'une prophylaxie contre les retombées de la démobilisation professionnelle, les services de santé de l'U.R.S.S. essaient de créer des « prophylactoria » où l'ouvrier peut à la fois se soigner et travailler sur un autre rythme plus approprié à son état. On relève sous la plume de Martine Allain-Regnault, dans *Le Monde de la médecine* du 6-7 août 1975 : « En Union soviétique, lorsqu'un travailleur est fatigué, qu'il a de petits problèmes de santé, il existe un autre moyen que de lui donner un arrêt de travail : on lui

prescrit un traitement en « prophylactorium ». Il s'agit en quelque sorte d'un « hôpital de nuit ». L'ouvrier continue de travailler dans la journée, mais, au lieu de rester dans son logement exigu (9 m² par habitant en moyenne) et de passer des heures de repos en famille, il bénéficie d'une hospitalisation dans un établissement de soins et de diététique où, du dentiste au cardiologue, il pourra subir toutes les explorations fonctionnelles et les traitements ».

15. L. Szondi, *Diagnostic expérimental des pulsions*, P.U.F., 1947.
16. G. Deleuze et F. Guattari, *L'Anti-Œdipe*, Minuit, 1972. « Le décodage des flux (d'argent), la déterritorialisation du socius forment la tendance la plus essentielle du capitalisme » (p. 41). « La civilisation se définit par le décodage et la déterritorialisation des flux dans la production capitaliste » (p. 291).
17. A. Toffler, *Le choc du futur*, Denoël, 1971 (1^{re} éd. New York, 1970).
18. P. Courbon, « Les mentalités paradoxales », *Journal de psychologie*, 1925, pp. 252-265.
19. Abram Kardiner et Edward Preble, *Introduction à l'ethnologie*, 1961, Gallimard, coll. Idées, n° 102 (traduction française 1966). « Chaque individu possède un ensemble unique de traits, que nous appelons *sa personnalité individuelle*. On peut appeler ce champ élargi de traits "structure de la personnalité de base", ou "personnalité modale" » (p. 351). Les personnalités marginales seront donc tangentes et extérieures à ces personnalités de base... ou au modèle national...
20. M. Bachet, « Etude sur les états de nostalgie », *Annales médico-psychologiques*, 1950, t. I, pp. 559-587 et t. II, pp. 11-34. M. Bachet rapporte les propos de Huot et Voivenel sur la nostalgie : « La nostalgie est une espèce de forme de désadaptation. Elle apparaît spécialement chez les simples qui ont un rapport intime avec le sol et chez les jeunes dont le cerveau n'est pas encore adulte... Cette nostalgie a un caractère d'obscurité originelle qui rend souvent le diagnostic difficile. Le jeune soldat ne sait pas préciser d'où vient sa tristesse (ce qui met ici bien en évidence, et comme nous le soutenons, le rôle étiologique de la désadaptation) et... Ayant un sentiment d'incomplétude en lui, le soldat pense à l'époque et aux endroits où il était complet » (p. 16).
21. Jose Solanes, « Exil et troubles du temps vécu », *Hygiène mentale*, 1948, pp. 62-78. L'auteur précise les caractères du temps vécu par l'exilé : « Il est un temps lacunaire qui sépare deux périodes d'une vie plutôt qu'il ne les joint; un temps intercalaire. Il est, peut-on oser dire, un temps faux : l'épaisseur qui s'interpose entre le temps et le temps, entre les jours vécus et les jours à vivre. Dans cette zone intermédiaire, les symboles qui expriment la succession deviennent des figures presque indifférentes, collection quasi stupide de mots et de chiffres. Les mois, les saisons sont des caricatures d'eux-mêmes et l'exilé se refuse parfois à les reconnaître » (p. 67). « Le temps n'est plus, pour les exilés, la rivière qui doucement emporte en avant vers la réalisation de soi. Inversant la formule d'un dicton connu, on dirait que les jours se ressemblent mais ne se suivent pas. Ils sont un seul jour, un aujourd'hui monstrueux où le soleil peut se lever et se coucher un nombre indéterminable de fois » (p. 68).

22. V. Jankélévitch, *L'irréversible et la nostalgie*, Flammarion, 1974.
23. Yves Champion, *Essai de synthèse des recherches en matière d'épidémiologie et de pathologie mentales concernant la mobilité géographique des populations*, thèse, Paris, 1958.
24. P. Sivadon, « Géographie humaine et psychiatrie », *Congrès des aliénistes et neurologistes de France*, Marseille, 1948.
25. G. Daumézon, Y. Champion, J. Champion-Basset, « Etudes de quelques variables démographiques de la population des malades mentaux nord-africains passés au service de l'admission de Sainte-Anne de 1945 à 1952 », *Bulletin de l'Institut national d'hygiène*, VIII, 1953, pp. 434-444.
26. A. et H. Torrubia, *Contribution à une psychopathologie sociale. Recherche sur la transplantation*, monographie n° 7, Institut national d'hygiène, Paris, 1955. Les auteurs remarquent : « Le rôle du milieu dans la pathologie mentale de l'immigré ne nous semble pas avoir de caractères qualitativement différents de celui de la population d'origine résidentielle. Nous y voyons seulement une accumulation de situations complexes, matérielles et idéologiques, dans lesquelles le conflit a plus de chance d'apparaître. Et nous osons ajouter que l'aliénation mentale peut être autant la cause que la conséquence d'une impossibilité d'avoir des rapports avec l'entourage. »
27. G. Dévereux, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, 1970.
28. E. Minkovski, *Le temps vécu*, Delachaux Niestlé, 1968 (1^o éd. 1927).
29. L. le Guillant, « Introduction à une psychopathologie sociale », *Evolution psychiatrique*, 1954, n° 1, pp. 1-52.
30. P. Koechlin, « Mécanismes instrumentaux d'insertion au milieu », *Evolution psychiatrique*, 1956, pp. 585-611.
31. J. Stoetzel, *La psychologie sociale*, Flammarion, 1963.

Conclusion

L'événement-accident et l'objectivation névrotique

Quelle que soit la gravité réelle des accidents, on retrouve dans la clinique des réponses d'intolérance paradoxalement disproportionnées; elles sont davantage liées à l'accident lui-même qu'à l'accident corporel. Ce sont des réponses de l'événement qui joue un rôle double : désorganisateur et créateur à la fois.

On s'en doutait déjà lorsqu'on a décrit l'évolution clinique aussi bien psychologique que psychosociale ou socioprofessionnelle des syndromes dits subjectifs des traumatisés du crâne et des névroses post-traumatiques. Dire que c'est le sujet qui projette ou qui « profite » du traumatisme pour en être « traumatisé » et pour objectiver une mise en scène clinique a pu être une étape dans l'approche pathogénique. Cependant la psychogenèse peut être mise en doute tant qu'il s'agit d'une lésion ou d'une contusion, si minime soit-elle, ayant atteint les zones nerveuses : on ne connaît pas encore les retentissements biochimiques ou abiotrophiques qui ont pu se produire. L'accident apparaissant comme la seule cause directe du syndrome, on a pu accuser le sujet porteur des troubles et dire que ce sujet pouvait avoir un terrain prédisposé, favorable, permettant l'éclosion de ces manifestations fonctionnelles dites « névrotiques ». Seules cependant étaient mises en cause ou devenaient prévalentes la vie affective, la vie émotionnelle, les prédispositions imaginatives : les structures prénévrotiques en quelque sorte.

Avec l'étude des « crises de réadaptation sociale lors de la reprise du travail », d'expression clinique voisine, on observe mieux *le rôle du changement, des variations de rythme de vie.*

On apprend que les articulations des périodes de repos et de travail, de maladie et de retour à la vie professionnelle ne se font pas toujours de manière heureuse. Le temps, l'histoire, la façon de vivre et d'élaborer le temps humain ne sont pas les mêmes pour tous. Il n'y a pas coïncidence entre ce qui est prévu, la planification qui a été faite, «l'emploi du temps», le temps à soi et le temps des autres. Tout ne fonctionne pas au même rythme, des décalages s'installent, des fissures s'entrouvrent et le psychopathologique a tendance à s'enraciner dans ces écarts. L'interruption d'un rythme de vie à cause d'une maladie représente une coupure, l'interruption du rythme de repos à la fin d'une maladie de longue durée introduit une autre coupure. Le temps joue et se joue des individus; le changement est un événement et l'événement est tout prêt à se transformer en histoire, à se faire récit à travers une spatialisation de signes dont on prend mieux conscience lorsque l'histoire est reproduite (exposée et écrite) et que les symptômes sont alignés, répertoriés, classés sur la feuille qui consigne les observations.

Dans les syndromes que nous avons décrits, la fonction de *l'événement* se retrouve de façon encore plus pure. La matérialité de l'accident est si mince que personne ne veut lui faire porter le poids de l'étiopathogénie de ce qui va s'ensuivre. Qui plus est, l'accidenté finit par ne plus savoir, par douter de lui, et il ne peut que dire et répéter que c'est bien depuis cet accident, qu'il reconnaît comme ayant été peu important, que rien ne va plus comme avant. Et cela est vrai. L'accident est venu couper le cours de la vie, interrompant la succession des actes et des habitudes. Si l'événement agit en tant que facteur pathogène, directement, par la scission qu'il introduit dans la temporalité historique, peut-être la désorganisation consécutive n'est-elle pas une simple «réaction» de l'individu à son accident; les troubles constatés ne sont pas des troubles réactionnels «à» une cause, *mais bien plutôt le résultat de l'action «schizante» de l'événement qui agit et continue à agir*, favorisant l'éclosion d'un syndrome qui est en réalité réactive «de» l'événement lui-même. *Notre hypothèse* est que l'événement matérialisé par l'accident agit et travaille en tant qu'événement permettant ces dérives en suspens du pathologique.

Les difficultés viennent du fait que cette pathologie est rendue possible par le développement de l'instance narrative. Le langage

des symptômes et les commentaires faits à soi-même se mêlent aux propos des autres pour former une trame fictionnelle organisée en récit psychopathologique qui est l'objectivation de la désobjectivation parallèle et simultanée du blessé. L'accidenté n'est plus le même qu'avant, il n'est plus le même tout simplement, et les troubles s'étalent et grossissent, formant un écran entre lui-même et lui-même, remplissant ce trou qui le sépare désormais de ce qu'il était autrefois.

DEUXIÈME PARTIE

La maladie-langage post-traumatique

Ouverture

L'événement-accident et «son» récit

L'observation clinique ne se borne pas à l'actuel, au présent, mais elle cherche à savoir ce qui s'est passé auparavant, de manière à enregistrer les données anamnestiques. L'observation clinique est une histoire clinique. La médecine s'est faite sur les observations et les histoires cliniques, la psychiatrie n'est pour ainsi dire que cela.

La reconstitution du passé est devenue une nécessité non seulement pour comprendre mais aussi pour modifier ce qui est arrivé autrefois. Lorsqu'un malade vient consulter pour la première fois, nous sommes déjà devant ce qui vient de se produire, ce qui est en cours de production, ce qui trouve expression dans un actuel travaillé par le passé. L'éclatement psychopathologique a déjà eu lieu. Parfois on peut situer le moment, dater la période d'éclosion, repérer le phénomène nouveau. Mais *pour nous cliniciens, l'événement contemporain du moment de l'éclatement pathologique est désormais enfoui dans l'histoire clinique* et l'éclatement psychopathologique lui-même a déjà, de son côté, une histoire à lui, qui apparaît, mêlée à la biographie de l'individu porteur des troubles et, par là, à l'histoire de l'environnement où ce malade évolue.

De cet événement qui marque le départ des manifestations psychopathologiques nous n'aurons qu'un récit plus ou moins fidèle et complet. Le *récit* servira de matériau pour notre travail d'investigation diagnostique et sera le champ opérationnel sur lequel reposera la thérapeutique. Ce récit est en réalité multiple. Au récit de l'intéressé, déjà double : narration du déroulement des faits et exposé de ces manifestations (c'est-à-

dire, au premier degré, récit des symptômes et au deuxième degré, récit de mots pour raconter ces symptômes, pour dire ce qui est senti), viennent se joindre d'autres récits, ceux de l'entourage, ceux d'éventuelles observations parallèles, celui que se fait le clinicien lui-même, lequel, malgré son bon vouloir d'objectivité dans l'observation, ne peut s'empêcher de se faire une opinion et de joindre donc son propre récit tacite, non exprimé encore, aux diverses sources d'observation. L'objectif et le subjectif s'entrelacent. La bonne clinique sera celle qui sera capable d'intégrer le plus de récits possibles, de mettre en corrélation ces récits, d'établir les rapports et les passages des uns aux autres pour mettre en relief les points d'intersection, les points d'interaction.

Mais l'histoire clinique se complique encore du fait que ces récits ne sont jamais rapportés et exposés comme récits « objectifs » mais sont déjà le produit d'une interprétation avec des distorsions certaines. *Le fait brut est déjà une production, résultat d'une série de répercussions et d'entrecroisements, aboutissement de suites d'interactions, source d'autres interactions.* Tissu où se rejoignent et se séparent des mailles visibles et invisibles. C'est que les faits extérieurs ou subjectifs sont représentés, imaginés et re-imaginés, soumis à un travail mental où se réunissent les images et les métaphores, le tout véhiculé dans la trame d'un langage lui-même imprécis et complexe. Aussi, lorsque l'on parle de la « réalité concrète », comme si cela allait de soi et s'imposait comme une évidence, on voit déjà que cette réalité est tout à fait irréelle et que la notion de concret est le résultat d'une simplification. Ceci n'est pas propre à la psychopathologie. Tous les faits humains en somme appartiennent à une histoire complexe qui s'alimente à plusieurs sources, qui débouche sur plusieurs exutoires, qui se déroule sur plusieurs niveaux.

La question qui pourrait ici se poser avec le plus d'acuité, en ce qui concerne les faits psychopathologiques, serait celle du rapport entre le temps relatif au syndrome et l'histoire de l'individu.

Le syndrome se développe dans un temps qui lui est propre, qui est ressenti comme étranger par le blessé. Celui-ci a du mal à l'inclure dans le déroulement de son histoire personnelle. Le syndrome semble appartenir à un autre temps, celui de l'événement. L'accidenté répétera inlassablement qu'avant son

accident ces troubles n'existaient pas; il les situe dans un hors-temps. Le temps de son histoire individuelle ne voudrait pas de cet autre temps, temps intrus qui appartient à «l'événement».

Le traumatisme est ainsi le point de départ d'un processus spécifique désormais hétérogène à l'histoire du blessé qui se déroule, elle, dans une temporalité perçue par lui comme homogène, où les prévisions et les anticipations étaient possibles, où les lignes de rapprochement entre le passé et l'avenir circulaient à travers un présent repéré, connu et maîtrisé. La survenue du traumatisme a vidé ce présent de son contenu habituel. Les troubles sont venus emplir ce présent-non-présent qui échappe alors à l'histoire de l'individu qui n'arrive plus à le faire «sien». Ces troubles subissent une transmutation en maladie-langage dont l'étude psychopathogénique sera réalisée dans les trois chapitres à venir.

C'est la structure temporelle (chapitre 3) des troubles qui nous livrera la clef de leur organisation névrotique mais, avant d'aborder la lecture sémantique de cet énoncé singulier (chapitre 2), nous devons préciser les éléments psychopathogéniques rencontrés dans les autres formes cliniques des névroses survenant dans «l'après» d'un traumatisme psychique.

Psychopathogénie de la maladie-langage post-traumatique

Les syndromes d'intolérance à l'événement traumatique qui se manifestent après un accident déclenchent immédiatement et de façon quasi réflexe l'idée que s'ils surviennent, c'est en fonction du sujet. Pourquoi apparaîtraient-ils chez certains et non chez d'autres ? La médecine s'est constituée autour de l'observation des signes dont les hommes sont porteurs, de la notation de ces signes, de leur groupement en ensembles significatifs rattachés autour d'une cause, cause unique si possible. Cette *médecine du sujet* considère l'homme comme un champ expérimental où la rencontre de l'agent pathogène et des réactions défensives de l'organisme constitue la maladie. Un raisonnement par analogie, par déduction, par induction ou par comparaison s'instaure autour du malade, que celui-ci soit considéré comme homme-animal, homme-machine, homme-sujet, homme-personne. On a introduit des dimensions nouvelles, on a humanisé la rencontre médicale, on a fait intervenir la compréhension, mais on conserve la position de l'homme-sujet, en l'enfermant dans la double série des causes et des remèdes. Perspective orientée vers l'approche individuelle et on se demande d'ailleurs comment il pourrait en être autrement. En effet, cette individualisation de l'acte médical, ce colloque singulier qui s'établit entre le malade et le médecin, ce complexe dit d'autorité-confiance qui s'est installé dans la pratique médicale contemporaine est considéré comme une conquête positive, comme un progrès par rapport à une médecine plus anonyme, à une médecine qui oubliait les caractéristiques

de la personne. Et cela est un réel progrès sans doute. Bien que, pour apprécier la valeur significative d'un symptôme, d'une cause, d'une réaction, on soit obligé de faire appel au grand nombre et d'avoir recours de plus en plus aux validations statistiques. On oscille entre deux sources de connaissance et deux pratiques. D'une part on cherche chez un individu donné ce qu'il peut avoir de spécifique, on ramène ces faits mentalement à ce que l'on sait se produire ailleurs, dans des conditions analogues, de manière à confirmer ou infirmer ce qui, du contact singulier, grâce à ce moyen d'information, semble digne d'être retenu et peut être introduit dans une série de faits déjà admis et dont la signification pathognomonique est précise; d'autre part, on essaie de personnaliser une pratique qui prend ses sources dans le grand nombre, dans ce qui a été appris et retenu d'une pratique généralisée. C'est une médecine du sujet qui opère sur un sujet unique, entre deux sources plurielles.

L'homme est créateur d'artifices, il faut donc se demander comment, à partir d'un moment temporel marqué par un changement, le processus psychopathologique débouche sur la création originale d'une maladie-langage. Pour étayer la démonstration deux questions préalables sont à élucider : 1) le rôle du facteur humain dans la causalité de l'accident et dans la mise en forme clinique des troubles névrotiques d'intolérance à la rupture de vie; 2) l'importance des pouvoirs pathogènes des potentialités de la personnalité dont le simple développement pourrait aboutir, à partir d'une rupture, à l'organisation névrotique.

Nous étudierons ces théories réductrices en premier lieu. Mais dire qu'il y a néo-crétion n'est pas suffisant; celle-ci pourrait être encore réduite à des réactions névrotiques, à des élaborations sinistrosiques, à des conduites régressives. Il faudra discuter ces points de vue. Alors, pourra se dégager ce qui appartient en propre à la maladie-langage en tant que triomphe en soi des forces réactives soumises aux effets répressifs des relations sociales modifiées.

I. LES THÉORIES RÉDUCTRICES

*Nous sommes voués historiquement à
l'histoire, à la patiente construction de*

discours sur les discours, à la tâche d'entendre ce qui a déjà été dit.

M. Foucault, *Naissance de la clinique* 47.

Nous entendons sous cette dénomination de théorisations réductrices toutes les recherches et explications qui essaient de ramener ce syndrome à quelque chose d'antérieur, de déjà connu, de facilement repérable afin de pouvoir agir sur la cause initiale tant pour éviter la répétition pathogène que pour compléter l'intervention thérapeutique. On peut grouper ces argumentations autour de deux chefs. Un premier ensemble de théories fait coïncider l'apparition du syndrome et celle de l'accident, celui-ci n'étant que la manifestation d'une disposition individuelle, prédisposition naturelle aux accidents en quelque sorte qui pourrait également prédisposer dans un deuxième temps aux troubles d'intolérance. Le deuxième groupe d'explications ne s'occupe pas de l'accident lui-même, puisque banal, mais du seul sujet, qui, en vertu de sa personnalité antérieure, saisit l'occasion de l'accident pour en faire une maladie et exprimer ses conflits. Nous allons exposer l'essentiel de ces deux tendances.

1. LE FACTEUR HUMAIN DANS L'ACCIDENT

Nous essaierons de mieux cerner l'importance attribuée à ce facteur humain en étudiant son rôle en tant que facteur dans la causalité de l'accident, le facteur humain proprement dit, et ce qu'on a appelé la prédisposition individuelle. Si l'on retient la thèse selon laquelle le sujet est l'agent de l'accident en raison d'une causalité inconsciente qui agit en lui, malgré lui, a fortiori on comprend que ce sujet puisse faire un syndrome d'intolérance dans la mesure où l'accident et ses conséquences directes n'auraient pas été suffisants pour épuiser les tendances morbides profondes. L'étude de ces tendances destructrices, de ces pulsions d'échec, suivra l'exposé des modalités de l'intervention de ce facteur humain au niveau de l'accident lui-même.

Rappelons que l'on parle d'accident chaque fois qu'un événement survient dans une séquence de travail où il n'était pas prévu. Il est en général le résultat d'une action non adaptée de la part d'un ou de plusieurs individus, avec dommages causés plus ou

moins importants. Parfois c'est le matériel qui, par défaillance propre, provoque l'accident. Les accidents ici considérés ne surviennent pas dans une situation de danger évident, on sait sans doute qu'ils peuvent se produire mais on sait aussi qu'on peut les éviter. Ce sont des situations de danger séquentielles, ponctuelles, relatives à un accident donné, où la menace se matérialise brutalement. On ne sait ou on ne peut faire le nécessaire, obvier au danger. Ou bien celui qui déclenche le geste qui va devenir nuisible ne sait pas le différer, l'interrompre. La vigilance est prise en défaut, les réactions d'évitement ou de protection appropriées ne sont pas disponibles assez rapidement.

Les réponses d'un sujet sont fonction de *l'information* qu'il a reçue quant à la menace d'accident. Si l'on sait que le danger est grand on reste sur ses gardes, la vigilance est vive et les réponses adaptées, toutes prêtes. Si la menace est permanente mais diffuse, si rien ne peut laisser présager du moment où elle va survenir, la vigilance s'émousse, le message annonçant le risque n'est pas toujours intercepté comme tel et la réponse idoine ne vient pas. L'adaptation dépend de la promptitude des réponses et de leur bonne adéquation à l'objet ou à la situation d'où émane le risque. Mais la rapidité de réaction ne suffit pas, on peut s'agiter et passer à côté. Laugier¹ a remarqué que ceux qui s'adaptent bien sont ceux qui peuvent réagir à la fois vite et efficacement et ceux qui adoptent un rythme de travail lent et ajusté.

Les réactions de l'individu dépendent aussi de la signification que prennent pour lui les situations de travail. Les travaux de Hill et Trist² montrent combien ce facteur joue pour orienter et organiser les réactions à telle ou telle menace. L'événement qui perturbe le déroulement de l'action en cours peut prendre trois significations différentes. Il peut être *effrayant* et entraîner alors des réactions d'évitement exagérées, dangereuses par elles-mêmes, à cause de leur désordre, de leur amplitude disproportionnée; il peut être *frustrant*, ce qui amène un rétrécissement du champ de conscience, une baisse du seuil perceptif et des réactions peu et mal contrôlées; il peut être *attirant*, stimulus perturbateur qui fascine et paralyse avec inhibition émotionnelle et réponse nulle ou à côté.

a. La causalité

La causalité proprement dite peut s'envisager en fonction de

l'adaptation de l'homme à son travail. Grisez ³ distingue trois niveaux d'adaptation et fait correspondre à chacun d'eux un type de causalité. Au niveau psychomoteur c'est le comportement lui-même qui est perturbé, au niveau cognitif c'est l'appréhension de la situation qui a été incorrecte, au niveau conatif, bien que connue, la réponse adéquate n'a pu être mobilisée au bon moment pour éviter le danger. Kurt Lewin ⁴ distingue une causalité systématique et une causalité historique en fonction de la dynamique de l'accident. La causalité systématique est liée au comportement impliqué dans l'accident considéré, réponse non adaptée au danger, geste néfaste, suivant l'expression de Raymond ⁵, qui introduit la dysharmonie et provoque ou efface les nuisances. Interfèrent à ce niveau la stabilité émotionnelle, les perceptions et les permanences mnésiques qui permettent d'habitude au comportement d'atteindre son but. La causalité historique prendrait effet dans l'articulation génétique des diverses phases des conduites inhérentes à l'accident dans tout son déroulement.

b. Le rôle du facteur humain

Il se retrouve dans ces deux types de causalité, systématique et historique. J. M. Lahy et S. Korngold ⁶, dès 1936, ont différencié deux types d'accidents : ceux qui découlent des conditions de travail et ceux qui sont imputables à la personnalité de l'intéressé. Plus récemment, S. Korngold-Pacaud ⁷, en 1953, à la suite d'études expérimentales, sépare le facteur humain et le facteur individuel. Le facteur humain comprendrait tous les paramètres afférents au travailleur en tant qu'homme : fatigue, défaut de l'attention, oubli, erreur de jugement, geste à côté, etc.; le facteur individuel ferait appel à un comportement psychophysiologique particulier pouvant entraîner chez certains individus des accidents multiples, ce qui dénoterait donc une certaine prédisposition.

c. La prédisposition individuelle aux accidents

Elle a été recherchée depuis longtemps. On a tout d'abord tenté de mettre en évidence une sorte de constitution ou d'attitude

psychophysiologique presque immuable, amenant l'individu qui en est porteur à une suite d'accidents qui seraient, en quelque sorte, déjà en puissance en lui. Puis, sous une forme plus différenciée, on a tout simplement cherché à spécifier les caractéristiques propres aux pluri-accidentés. Ces recherches sont analysées par J. Zurfluh⁸ qui rapporte que si Greenwood et Woods, en 1919, affirmaient l'existence d'une tendance initiale à l'accident, inégale chez les divers sujets, J. O. Irwin, en 1941, va jusqu'à avancer l'idée que cette prédisposition serait le résultat ou l'expression d'une sorte de compulsion obsessionnelle. Farmer et Chamber par ailleurs, plus prudents, ne retiennent que les notions « d'accident liability » et de « accident proneness ». Ils groupent sous ces termes un ensemble de variables déterminant la possibilité et le nombre des accidents, variables fortement dépendantes d'un facteur de probabilité lié aux caractéristiques individuelles mais qui tiennent compte aussi des facteurs afférents au milieu. Cette notion de probabilité a conduit Marbe à introduire la composante statistique et à formuler la loi qui porte son nom et qui calcule, pour un sujet donné, la probabilité des accidents à venir en fonction des accidents déjà subis. Toutes ces hypothèses aboutissent à une théorie sur la notion d'une « idiosyncrasie personnelle prédisposant l'individu qui la possède à un degré marqué, à un taux d'accidents relativement élevé », comme le formule Arbous en 1951.

Si on admet une tendance obsessionnelle ou une idiosyncrasie idiopathique capable de produire les accidents, on pourra a fortiori penser que ces facteurs jouent dans tout ce qui viendra compliquer les suites de l'accident pour en accroître la morbidité. Ce sont là les points extrêmes. D'autres aspects liés à l'individu méritent d'être éclairés dans l'étude d'ensemble de ce qu'on peut appeler la personnalité antérieure à l'accident et surtout antérieure au syndrome d'intolérance.

2. LA PERSONNALITÉ ANTÉRIEURE

On peut aborder l'étude de la personnalité antérieure et de son rôle éventuel dans le déclenchement de l'accident, non pas en exhumant les traits innés ou acquis depuis longtemps, les signes d'une prédisposition caractérielle qui auraient permis ou provoqué l'accident, mais *en recherchant quels facteurs*

immédiatement antérieurs ont pu intervenir et modifier la personnalité favorisant ainsi la survenue du traumatisme et plus tard le développement du syndrome d'intolérance. D'autres aspects seront étudiés successivement, les incidences de la stabilité émotionnelle, les modalités réactionnelles, les moyens psychologiques d'adaptation, les caractéristiques plus nettement pathologiques de la personnalité.

a. Aspects physiologiques immédiatement antérieurs à l'accident

L'école française de psychologie du travail s'est beaucoup intéressée à cette question. J. M. Lahy et S. Korngold-Pacaud, en 1936 ⁶, ont mis l'accent sur les « phénomènes nerveux » qui facilitent l'occurrence des accidents et qui seraient une sorte d'insuffisance dans la plasticité fonctionnelle. Ils avaient remarqué chez certains sujets, lors des tests et examens, une précipitation des réponses : le sujet ne répondait plus aux seuls stimuli de la situation d'examen par des réponses contrôlées et maîtrisées volontairement, mais il se produisait comme une stimulation par entraînement avec redoublement de la stimulation résultant de l'excitation elle-même, en circuit fermé. Dans les tests demandant à la fois précision et rapidité, ainsi que dans les épreuves au cours desquelles surgit brusquement un obstacle dangereux, l'excitabilité est parfois telle qu'on peut en inférer un véritable dérèglement des mécanismes de défense qui se déclenchent alors au hasard et sont inefficaces. Ce type de réponses serait plus fréquent chez les individus ayant déjà été accidentés.

Laugier et ses collaborateurs ¹ attirent l'attention sur le fait que dans la séquence de l'accident, une rencontre s'opère entre sujet et situation. Il faut donc étudier les deux aspects. Pour ce qui est de l'individu, les aspects biologiques et physiologiques peuvent être importants. Une anamnèse révélant un nombre excessif de maladies contractées ou d'accidents déjà subis peut donner l'éveil, mais cette fragilité évidente n'est parfois décelée qu'après examen médical ou psychologique approfondi. Ces cas ne demandent pas d'autres commentaires; la notion d'aptitude est mobile; une surveillance attentive doit écarter ceux qui ne sont pas en pleine possession de leurs moyens, mais avec discernement. Certains se croient capables de faire plus qu'ils ne peuvent. Il est donc nécessaire de savoir

inventorier les ressources de chacun avec clairvoyance mais aussi d'apprendre à tous à apprécier correctement leurs propres possibilités.

V. Raymond⁵ a étudié la formation et les perturbations du stéréotype dynamique d'un geste ou d'une suite de gestes qui s'élabore entre le sujet et son champ d'action. Il attache beaucoup d'importance à l'apparition de désordres dans le fonctionnement du stéréotype, moment où se produit l'irruption du geste néfaste. Semblent jouer un rôle majeur les propriétés nerveuses présidant à la conservation du stéréotype dont l'action peut être perturbée par une cause incidente récente, proche du moment de l'accident.

Bonnardel a insisté tout particulièrement sur l'aspect segmentaire de l'exécution des tâches, sur la psychomotricité. Il a ainsi attiré l'attention sur l'importance de la perception; perception sensorielle et intégration du message transmis avec ajustement consécutif des réponses motrices⁹.

Faverge, Leplat et Guiguet¹⁰ poursuivant ces études sur les rapports de l'homme et du métier se sont orientés vers une adaptation du poste de travail à l'homme et non plus l'inverse comme il était souvent de règle. Dans une machine, dans un poste de travail, on peut organiser, planifier, tout préparer jusqu'à en faire une bonne surface d'accueil, en tenant compte de la fatigabilité, de la tension pendant le travail en fonction des signaux à décoder, sans négliger les facteurs de rendement mais en accroissant d'autant la sécurité et la satisfaction individuelles.

Tous ces aspects, bien d'autres encore, peuvent avoir leur rôle : l'information, la réception des messages¹¹, le travail d'élaboration des automatismes et leur fonctionnement¹². Ils sont tous inclus et sont tous partie intégrante de ce facteur individuel qu'on ne saurait isoler des composantes psychosociales étroitement liées à l'accident comme l'a souligné J. M. Faverge¹³.

Au carrefour d'articulation du biologique et du psychosocial, nous trouverons *la notion de stabilité émotionnelle* qui sous-tend les fonctions d'attention, de vigilance, d'incertitude dans le découpage temporel et spatial des tâches (et qui est sous-tendu par elles). J. Leplat¹⁴ a insisté récemment sur la nécessité d'une conjugaison des démarches de surveillance et d'inspection dans les tâches industrialisées faisant appel à l'opérateur humain ainsi que sur leur devenir direct ou indirect dans les comportements de travail.

b. La stabilité émotionnelle

La stabilité émotionnelle est la résultante du retentissement des habitudes motrices et des conduites sociales. H. Wallon ¹⁵ a étudié le rôle des émotions dans la formation de la vie sociale et dans l'élaboration du caractère de l'enfant. L'élaboration des réponses émotionnelles dépend de la maîtrise du fonctionnement du tonus musculaire de posture. Le cortège émotionnel se déroule à travers une gestuelle, une mimique qui s'appuient sur cette tonicité de posture indispensable à l'exécution des mouvements. Si cette tonicité s'effondre, si la régulation de cette tonicité se dissout subitement, le sujet est incapable de faire face au stimulus qui au lieu de la réponse déclenche un déferlement émotionnel désordonné qui peut ensuite disparaître comme dans la cataplexie ¹⁶. Les réponses émotionnelles semblent se situer à une croisée de chemins, au point de jonction de ce qui supporte leur exécution, leur réalisation effective : la tonicité de posture, et du champ d'action d'où elles reçoivent les stimuli qui les provoquent et où elles se déroulent : la vie sociale.

Au cours d'une recherche chez les travailleurs nucléaires, nous avons essayé de mesurer cette variable dont nous avons déjà parlé : *la distance sociale* ¹⁷, c'est-à-dire une sorte de résultante de tous ces courants qui attirent et séparent les hommes réunis dans un même champ social. Il n'est pas question de ce qu'ils pensent, des affinités de leurs opinions ou de la concordance de leurs engagements, mais seulement de cette seule attirance réciproque qui facilite et améliore les réponses émotionnelles. Il s'est avéré qu'autour d'un poste de travail il ne suffit pas que l'articulation des comportements soit correcte, qu'un engagement commun soit perçu dans l'œuvre à accomplir pour que la satisfaction de chacun en résulte. Ce climat de satisfaction est bien plutôt fonction des comportements émotionnels, de tout ce qui, des uns aux autres, favorise ou entrave les incitations, les écoulements émotionnels, permet l'extériorisation des vibrations intimes.

D'autres facteurs interviennent dans la régulation des réponses émotionnelles : ce sont la disponibilité individuelle, la fatigue, l'occurrence d'éléments prévus et imprévus émanant du milieu matériel et du milieu humain... On pourrait dire qu'à chaque moment, il résulte de toutes ces incidences un certain degré de

tension individuelle ¹⁸. Cette tension individuelle s'écoule rythmiquement dans les comportements de travail, elle peut être sollicitée très fortement par un stimulus perturbateur, elle peut être prise en défaut, toute réponse devenant impossible. Les variations de cette tension modulent les réponses adaptatives à une situation.

c. L'éprouvé affectif

Les sentiments, le vécu affectif à un moment donné sont le résultat de la réponse affective propre à l'instant considéré mais spécifique aussi de la vie affective en son entier en fonction de sa genèse. Il ne s'agit pas seulement de sensibilité et de stabilité émotionnelle, mais de la manière dont ces fonctions se sont inscrites chez un individu donné, de la manière dont elles sont senties, dans une tonalité agréable, pénible, irritable ou coléreuse. Conserve-t-on les états affectifs longtemps ? Peut-on les cacher aux autres ? Peut-on les dissimuler ? Comment articuler ce que l'on sent maintenant avec son affectivité profonde, avec ce que les autres montrent de leur sentir et de leur éprouvé, avec ce que l'on croit qu'ils sentent ou ressentent en fonction de ce qui de nous passe dans l'expression ? C'est au foyer de rencontre de tous ces faisceaux qu'interviennent les sentiments, les conduites et leurs régulations réciproques.

La vie affective s'enracine dans ce qu'on appelle le caractère, dispositions innées et/ou acquises d'importance diverse selon les caractérologues et les spécialistes de l'étude de la personnalité. Ce sont les caractères optimiste ou pessimiste, sombre et ouvert, flegmatique et inquiet, calme et coléreux, impatient ou apathique et de bien d'autres dénominations, mais qui essaient toujours de ramener une réponse donnée à une disposition donnée.

Il est vrai que la vie affective est moins mobile qu'on ne l'a dit et qu'on retrouve chez un même sujet des réponses voisines à des situations identiques. Il est admis que ces dispositions s'élaborent très tôt, qu'elles se soudent en dispositifs appelés souvent structures qui conditionnent les réponses à venir et qu'on retrouve chez une personne à plusieurs moments de son existence. Il est possible que les réponses affectives et les actes qui les accompagnent, les précèdent ou les suivent, soient déjà

inscrites en quelque sorte dans l'empreinte originale très tôt formée, mais il n'empêche que ces réponses sont influencées par ce qui survient et que telle chose est perçue comme bonne ou mauvaise, agréable ou désagréable par la même personne suivant les moments et surtout suivant les situations. Or, c'est *ce degré de satisfaction* momentané relatif à une situation donnée qui semble important dans les accidents et cela à plusieurs titres. Il y a d'abord l'impression immédiate, à l'instant même du traumatisme; il y a ensuite le souvenir conscient ou inconscient (enregistrement d'un fragment ou d'une variante d'insatisfaction); il y a surtout la qualité et la quantité d'activité émotionnelle mobilisée dans la satisfaction, dans cette participation qui permet de faire de l'événement un événement capable de renforcer la satisfaction et par là de redoubler la mobilisation des émotions tout en facilitant la distribution.

*d. La personnalité prénévrotique
ou à composantes psychopathiques*

S'il n'est pas nécessaire de passer en revue tous les travaux concernant les personnalités fragiles, susceptibles de présenter des troubles psychopathologiques ou favorables à l'éclosion d'une affection psychopathologique caractérisée, il est utile de se souvenir qu'en fonction de l'organisation intime de la vie affective et des caractéristiques intellectuelles de chacun, la personnalité peut offrir des points de relative fragilité. Il est légitime de penser que ces personnalités fragiles peuvent s'effondrer plus rapidement et plus facilement lorsqu'un accident survient, qu'elles aient été impliquées directement ou indirectement dans la survenue de l'accident ou qu'elles s'en retrouvent simples et absolues victimes ayant toujours été hors du processus de l'accident.

On comprend sous le terme de *personnalités psychopathiques*¹⁹ celles dont les dispositions caractérielles, affectives et intellectuelles sont organisées autour d'un trait dominant, avec dysharmonie et déséquilibre consécutif des possibilités d'adaptation dans la sphère sociale, dans la vie professionnelle ou plus simplement dans le noyau familial. Personnalités à dominantes revendicatrices et paranoïaques; sujets hyperémotifs et instables; individus désinsérés du fait d'une propension à la rêverie

et à une vision imaginée des faits, qui les laisse toujours prêts à tomber de haut devant la réalité concrète et à prendre la fuite; sujets dont les oscillations thymiques occasionnent des cycles d'humeur tantôt triste, tantôt gaie, la réponse dépressive restant toujours aux aguets; enfin sujets inhibés, fermés, autistiques, plus ou moins dissociés c'est-à-dire d'allure schizothymique. Il est certain que toutes ces caractéristiques peuvent se rencontrer; il n'en est pas moins vrai que jamais nous n'avons pu les considérer comme faits pathognomoniques dans les observations qui sont passées entre nos mains. Les épreuves d'investigation projective de la personnalité n'ont pas révélé d'anomalie majeure. De toute façon, les syndromes d'intolérance surviennent chez des sujets qui n'avaient pas auparavant présenté de troubles mentaux et dont l'adaptation donnait satisfaction tant à eux-mêmes qu'à leurs employeurs. On peut certes retrouver tel élément d'une série psychopathique, mais cet élément ne nous a jamais paru déterminant à lui seul.

Une approche plus délicate s'impose avec *les personnalités pré-névrotiques*²⁰. Dire que tout le monde a une névrose ou des comportements névrotiques ou des dispositions pré-névrotiques ne serait pas une position scientifique, sérieuse, susceptible de faire avancer les recherches. En effet ce qui compte c'est justement que jusque-là il y avait absence de troubles, que le degré d'adaptation à soi et au monde paraissait suffisant et que, à partir d'un moment précis, tout est différent.

Freud²¹ a très tôt attiré l'attention sur une disposition auto-punitive inconsciente qui prédominerait chez certains individus. F. Dunbar²² dans cette même perspective donne une grande importance à l'agressivité non extériorisée qui peut exister chez un sujet, à son insu, laquelle pourtant se révèle à travers les troubles dont il va souffrir. Ce sont là, parmi d'autres données, des faits de la vie psychopathologique nullement spécifiques à ces syndromes et qui peuvent certes jouer un rôle dans leur élaboration. Tout dépend du modèle explicatif que l'on utilise. Le tout est d'essayer de ne pas ramener les faits trop rapidement à ce modèle lui-même et par là à quelque chose d'antérieur, de déjà là, dont l'accident ne serait que le révélateur.

II. LE SYNDROME D'INTOLÉRANCE, CRÉATION POSTACCIDENTELLE

Nous avons une disposition à considérer les maladies mentales comme des choses fatales dont on porte le germe en soi-même et que l'on ne peut éviter. Je suis convaincu au contraire que les maladies mentales dépendent en grande partie de la vie que mène le sujet et de la situation dans laquelle il est placé.

Pierre Janet ²³.

Les troubles névrotiques survenant après une rupture de vie sont une création originale liée, simultanément, aux conséquences de l'accident, à la position du sujet et aux effets de l'environnement en fonction des échanges qui se produisent. C'est un moment psychopathologique actif, processuel, englobant des éléments de nature diverse qui ne se laisse pas ramener, comme nous allons l'expliquer, aux notions de réaction névrotique, de sinistrose ou de simple régression.

1. LES RÉACTIONS NÉVROTQUES

La notion de réaction névrotique s'appuie sur un modèle pathogène de structure bipolaire fonctionnant à trois niveaux. Sont opposés les concepts homme-milieu, potentiel agressif-mutations inattendues, moindre contrôle du contenu pulsionnel-extériorisation de troubles de compensation. S'il y a création névrotique, agie ou subie par le sujet, elle est considérée comme une réponse réactive.

a. Les modalités réactionnelles

L'existence, chez l'homme, d'un fond d'agressivité est largement admise, qu'il s'agisse d'une pulsion, d'un instinct ou d'un ensemble énergétique plus diffus susceptible de prendre forme et de s'extérioriser. « Tous les êtres humains ayant subi une

longue période d'impuissance et de soumission au cours de leur développement risquent de trouver un exutoire à leur sentiment de revanche si les circonstances ultérieures leur en donnent l'occasion», écrit P. Bernard ²⁴ (p. 103). Qu'on suppose une peur archétypique avec Jung, une angoisse de la naissance avec O. Rank, un traumatisme originel avec Freud ²⁵ il est habituel d'alléguer l'existence d'un dynamisme d'échec, de tendances sado-masochistes se constituant en une auto-agressivité sous forme de sentiment de culpabilité ou d'attitudes d'auto-punition pouvant s'extérioriser sur les plans comportemental ou pathologique. Des décharges directes peuvent survenir, s'installant en troubles de type névrotique ou psychosomatique comme réponse aux frustrations subies en fonction des «intervalles d'adaptation» et des «zones de stabilité» du milieu, suivant la terminologie de A. Toffler ²⁶.

La notion d'auto-agressivité liée à celles de pulsion de mort ou d'autodestruction suppose un système binaire admettant en contrepartie les pulsions de vie et l'hétéro-agressivité; système soumis à oscillations en fonction de ce que l'on appelle la maturité affective.

Ainsi, tel sujet, à la suite d'une rupture de vie, peut fabriquer des troubles baptisés mécanismes de défense. Les modalités réactionnelles prennent volontiers (mais pas uniquement) les formes hypocondriaque ou dépressive lorsqu'une blessure est vécue, à travers le travail fantasmatique, comme blessure narcissique. Les troubles revêtiraient alors une signification intentionnelle pour rétablir la présence du patient grâce à la régression affective due à son immaturité. Ce modèle pathogène (succinctement résumé) aurait le mérite de tenir compte des états de crise : ces sur-stimulations et sous-stimulations rythmiques provenant du milieu, qui déclencheraient les réactions de défense. Mais ce modèle est une transposition du modèle biologique : réponse du corps à une agression microbienne par exemple. Ce modèle laisse dans l'ombre les possibilités créatrices de l'homme; or celui-ci est un animal doué de parole, ce qui change tout.

b. L'hystéro-traumatisme, le pithiatisme, les pathomimies

Ces syndromes cliniques font appel aux facultés d'imitation et de plasticité de l'homme. Les faits sont trop connus pour qu'il

soit besoin de s'y attarder. L'hystéro-traumatisme implique la notion d'un développement circonstanciel greffé sur le point d'impact traumatique et qui se substitue par la suite à celui-ci. Babinski a finement étudié les possibilités de suggestibilité (auto et hétéro-suggestibilité) des patients dans la création symptomatique, sous influence, dans le pithiatisme. Les pathomimies sont des tableaux cliniques plus complexes qui sous forme de maladie s'accompagnent de mise en forme plastique corporelle. Pour Dieulafoy la sursimulation plus que la simulation était de règle.

c. Les composantes hystériques

Les mécanismes hystériques sont volontiers considérés comme implicitement présents dans toute formation réactionnelle : hystéro-traumatisme, pithiatisme, pathomimies ²⁷. Ces notions ont subi un déplacement avec Freud qui a mis en évidence les possibilités de conversion somatique de tout conflit psychique grâce à des glissements fantasmatiques.

Toutes ces réactions névrotiques et ces modalités hystériques peuvent se retrouver dans la médiation structurante clinique ; ce sont des effets qui exigent d'autres effets créateurs ayant comme support les « incarnations » des instances narratives.

2. LA SINISTROSE

Depuis Brissaud ²⁸ on continue à avancer l'idée qu'il y a chez le blessé un « esprit de lucre et de revendication » qui le pousse à dissimuler malgré lui ou même à créer de toutes pièces soit les symptômes eux-mêmes soit le terrain propice à leur éclosion. Motivation qui n'explique pas la mise en forme clinique elle-même.

Très objectivement, il faut savoir que pour les blessés, lorsque leur arrêt de travail se prolonge, il y a une perte de gain réelle. Ce qui ne permet pas de penser qu'ils aient un intérêt très vif à être poussés par ce motif dans la maladie. D'autre part, lorsque les séquelles durent, les indemnisations (malgré les oscillations dues à une marge d'appréciation personnelle) sont déterminées par un barème assez précis qui laisse peu de place à la satisfaction des attitudes revendicatrices des intéressés ²⁹.

Si on se réfère, en ce qui concerne la sinistrose, à l'avis de Planques et à celui de J. Bardou ³⁰, on s'aperçoit que les troubles diagnostiqués tels, sont simplement assimilés à de réels troubles névrotiques et rattachés à la personnalité antérieure du blessé.

Plus récemment en 1964, P. Sivadon et Cl. Veil affirmaient : « La sinistrose serait une sorte d'énorme malentendu apparaissant dans certaines circonstances historiques et sociologiques entre le blessé et la société. La sinistrose aurait plus de réalité dans l'esprit du médecin que dans la personne du blessé. » ³¹.

3. LES NÉVROSES DU TRAVAIL

Paul Sivadon et ses élèves ont consacré de nombreuses études à la psychopathologie du travail ³². Nous retiendrons ici quelques aspects intéressant notre thème et en particulier l'action désadaptative du milieu du travail, le fait que ce sont les fonctions les plus récentes dans l'échelle humaine qui sont les plus fragiles, la notion qu'il y a souvent fatigue, surmenage et attitude d'inhibition avant l'apparition des troubles. P. Sivadon retient encore comme signe d'alerte avant l'installation d'une décompensation plus grave les troubles du sommeil de type hypersomnie, les crampes traduisant des inhibitions motrices, les phénomènes d'anniversaire et de rappel, les aspects immunologiques et les phénomènes de sensibilisation émotionnelle qui peuvent jouer le rôle de médiateurs pathogènes ³³. Nous devons surtout retenir un essai de systématisation très souple qui tient compte de l'évolution du sujet dans son milieu de travail et dans son milieu social et qui met en évidence le rôle des facteurs agressifs pour l'individu. A noter aussi la possibilité d'un déroulement à retardement (temps de latence), de phénomènes de sensibilisation ou para-immunologiques, de crises ³⁴ s'installant jusqu'à un point de non retour qui traduit la rupture d'un équilibre. P. Sivadon accorde beaucoup d'importance à tout ce qui peut être épuisé, blessure de l'intégrité de l'individu, apparition de conduites régressives au sens de P. Janet qui signent la naissance de quelque chose d'autre.

Ni la notion de troubles réactionnels ni celle de réaction névrotique propre au sujet ne sont satisfaisantes. La production des symptômes semble ici originale et demande à être saisie dans sa vivante expression créatrice.

III. LE TRIOMPHE DU RÉACTIF

*La satisfaction protège même d'un rhume.
Une femme qui se sait bien habillée a-t-elle
jamais pris froid ? (et ce même à peine
vêtue ?).*

Nietzsche, *Le crépuscule des idoles* ³⁵.

Il faut essayer de ne pas mélanger la série des effets et la série des causes. Evoquer les mécanismes de défense, la régression, la pathomimie, les réactions névrotiques, le degré d'immaturité affective d'un individu, les composantes prédisposant immédiatement à un accident ou les facteurs multiples relatifs à la personne de l'accidenté ne fait que souligner ce qui, déjà, n'est qu'un effet de la rencontre originale d'un être humain avec son monde d'artifices, à un moment donné de son histoire. Pour mieux aborder la nature du processus psychopathologique, il nous faut analyser encore les variations de l'image du corps et de l'image de soi, le degré de satisfaction personnelle, les indices de la distribution énergétique présidant à la formation des symptômes et leur installation dans la réactivité dominante.

1. LES TROUBLES DU SCHEMA CORPOREL ET DE L'INTÉGRITÉ DU CORPS

Si l'accident a été léger vu de l'extérieur, nous ne savons pas toutefois quelle est exactement l'importance que le blessé accorde à «son» accident et à ses suites. On ne peut retenir que la peur, le choc émotionnel, ou la participation désorganisatrice du moment de l'accident. Il y a aussi ce qui est senti profondément en soi et ce qui est perçu à partir de ces surfaces du corps, atteintes dans leur intégrité. On ne sait pas ce que la peau coupée, le sang qui coule, la douleur, les déchirures profondes, la compression d'un membre, un doigt broyé ou écrasé, une contusion thoracique, un coup violent reçu sur une petite surface du corps, entraînent comme modifications brusques et aiguës dans le champ intégratif de l'espace corporel, dans la cénesthésie. Il y a, à chaque instant, une notion vague, diffuse, et le plus souvent inconsciente de l'état du corps : il faut s'arrêter, revenir

sur soi et apprendre à sentir ce corps pour en avoir une configuration subjective. Certains êtres ressentent les mouvements du corps de façon désagréable ou inquiétante, sous forme de palpitations au niveau du cœur, de mouvements étranges des organes digestifs, par exemple; il s'agit sans doute de l'extériorisation viscérale d'une inquiétude profonde quant à l'intégrité du corps qui obligerait ce corps à se manifester, à réclamer une auscultation, une palpation, des examens qui soient rassurants. Ici, c'est l'imprévu et la soudaineté de l'agression subie qui portent d'emblée l'attaque au sein même de l'intégrité corporelle. Les inquiétudes suscitées peuvent s'extérioriser ou rester intériorisées, sorte d'*interrogation viscérale* qui marque et conserve la trace de la chair meurtrie. Le plus souvent il y a effacement au niveau du conscient, parfois même on enregistre une chute de la vigilance pour mieux gommer l'effroi ressenti. On comprend que les évanouissements soient si fréquents, «on tombe dans les pommes» comme on dit, sans doute pour économiser les suites émotionnelles des stimuli agressifs qui seraient bien plus coûteuses pour l'organisme et pourraient laisser des traces plus longues à effacer. Ceci nous amène à émettre l'hypothèse que les pertes de connaissance enregistrées lors des accidents extracrâniens pourraient être, hormis les cas où un traumatisme vital est enregistré, d'un bon pronostic, puisqu'elles traduisent le refus d'enregistrer ce qui arrive et le désir d'éviter ce qui pourrait suivre; une bonne défense émotionnelle, somme toute, pour ne pas en faire les frais. Or, le plus souvent, aussi bien l'intéressé, l'entourage, que le corps médical enregistrent la perte de connaissance comme un fait aggravant, traduisant la sincérité du sujet et la réalité du choc subi. Il faudra essayer de suivre les conséquences de cette interprétation.

Ces perturbations du schéma corporel ne sont pas qu'immédiates. Viennent ensuite la perception visuelle et figurative des parties blessées, des membres recouverts de pansements ou immobilisés dans le plâtre, la vision directe des zones blessées au moment des cures et des soins. Mais plus que la perception visuelle, c'est la *perception cénesthésique qui peut être perturbée*, d'où changement de tension musculaire locale, sensations d'étirements, de fourmillements, de picotements, toute une série de petits signes ressentis et exprimés de façon très diverse par les sujets, qui apparaissent et disparaissent, se modifient sans cesse.

L'évolution des blessures, leur possible régression, les manœuvres de rééducation, les interventions des kinésithérapeutes, l'ensemble de toutes ces mesures utilisées dans la phase de récupération entraînent des attitudes d'acceptation, de participation plus ou moins grande, de résistance, des inhibitions, des déblocages exubérants au niveau psychomoteur. Cet ensemble d'attitudes actives et passives, l'articulation de ces gestes tous inhabituels sont contemporains de toute une série de transformations dans ce que le blessé met de soi et dans ce qu'il refuse : champ nouveau et jusque-là inconnu le plus souvent où s'affrontent des échanges fonctionnels avec phases de sur et de sous-stimulation.

Restent les séquelles, les modifications plus ou moins disgracieuses et invalidantes. Certains sujets sont très attachés à la configuration de leur corps, tel ce garçon qui attendait la disparition d'un cal à peine perceptible, suite d'une fracture de la phalange, pour pouvoir considérer, *dire et se dire* que son doigt était redevenu normal. Il y a persistance d'une image de soi, d'une intégrité de cette image de soi. Nous ne sommes pas sûrs que chez ces accidentés, où les séquelles sont apparemment minimales, il n'y ait pas (et cela bien malgré eux) une résistance secrète à les accepter, précisément parce que minimales, de faible amplitude. Tout dépend de la congruence des facteurs entrant en jeu et ceci ne dépend pas, comme on le dit trop souvent, du seul sujet envisagé en dehors de son univers de relations et d'artifices.

2. LE DEGRÉ D'INSATISFACTION

Il y a mécontentement, impression désagréable lors de l'accident et après : colère contre soi-même, colère rentrée, profondément éprouvée. Les propos recueillis suggèrent que l'accident est plus ou moins considéré comme « une bêtise », traduisant déjà un fléchissement de l'image de soi. S'ensuivent *une baisse de la tension psychologique*, un rétrécissement des intérêts et un hypofonctionnement de l'organisme avec exacerbation parallèle d'autres fonctionnements inédits.

L'insatisfaction s'aggrave rétrospectivement; on « s'est fait avoir », on est victime du sort et tout cela pour si peu de chose, du fait précisément que cela est si peu de chose. On se considère

comme trahi par son système de sécurité personnel, par l'ensemble des gestes d'adaptation. Les grands accidents, les énormes dégâts, ceux où on « l'a échappé belle », sont des situations plus nobles. On peut en tirer une certaine gloriole, on peut recueillir et accepter les manifestations de solidarité avec un plaisir relatif. Tout évolue suivant une ligne du malheur et de la souffrance qu'on comprend, à laquelle on se résigne. Le malheur fait taire soi et les autres. Le malheur entraîne une certaine grandeur. Tout se réorganise autrement et on accepte tout comme obligatoire. Ici, rien de tel, on ne retire ni gloire ni compréhension, on se cache, on se ferme et on attend.

La période d'inactivité est elle-même source aggravante d'insatisfaction, de mécontentement. Le retour à l'activité est envisagé avec crainte, avoir eu si peu de chose et ne plus être capable peut-être ensuite de faire comme par le passé. Cette inaction s'accompagne d'adynamogénie et d'*inhibition*.

3. LA (RE)DISTRIBUTION ÉNERGÉTIQUE, LE RÉACTIF ET LES FORCES RÉACTIVES

a. L'état de bonne santé et la maladie

L'état de bonne santé est la résultante du bon fonctionnement de l'organisme. Les activités quotidiennes se déroulent dans des cadres et suivant des séries prévues et planifiées, utilisant les énergies dans les limites de leur puissance. Des réflexes régulateurs commandent à cette utilisation tout en conservant une certaine réserve. Les cycles de travail et de repos, le sommeil, les périodes de congé et de vacances facilitent l'équilibre dynamique des forces potentielles et effectives. L'investissement de ces forces obéit à des mécanismes d'origine physiologique et d'origine sociale acquis au cours de la phylogenèse et de l'ontogenèse. Chacun, dans un temps plus actuel, au cours de sa propre vie, contribue à organiser sur un mode spécifique, en fonction de repères qui sont les siens, la régulation des échanges devant assurer la conservation de son intégrité.

Les blessés qui présentent ces troubles d'intolérance étaient considérés, jusqu'à l'accident, comme étant en bonne santé. Leur énergie vitale est ensuite entamée, régie par une autre

distribution, absorbée et limitée par la production des symptômes. Au cours de la période contemporaine de l'évolution de la blessure, l'accidenté est obligé de mettre ses énergies en réserve et d'attendre. Mais, après une phase d'incubation ou après un temps de latence assez long, les troubles changent de registre et traduisent alors l'existence d'un processus psychopathologique. *On peut avancer l'idée qu'à partir du moment de l'accident (le blessé lui donnera cette valeur étiologique) ou qu'à partir d'une période ultérieure, les énergies individuelles sont soumises à une distribution différente qui s'effectue alors suivant une modalité réactive.*

b. Données théoriques sur les notions de puissance et de pouvoir ; leurs incidences sur l'état de maladie fonctionnelle

Nous entendons par puissance la résultante du jeu des forces actives et réactives dont nous sommes le siège. Ce sont les mêmes forces qui peuvent prendre soit une direction active, soit une direction réactive. Leurs rapports sont quantitatifs et qualitatifs. Une force qui agit est celle qui ne se laisse pas séparer de ce qu'elle peut; une force active est celle qui va jusqu'au bout de ce qu'elle peut, absorbant et développant ainsi toutes ses possibilités. Cette notion de la puissance et du jeu des forces peut se prolonger par la notion de forces productives ou improductives selon leur origine et leur destinée historique. C'est-à-dire qu'une force ne peut aller jusqu'au bout de ce qu'elle peut que dans la mesure où son origine et sa destination le lui permettent; c'est là le rôle des *surfaces corporelles et sociales d'insertion et d'accueil*.

La combinaison des forces actives et réactives dépend du degré de leurs intensités. Sur le plan quantitatif elles peuvent se déplacer topologiquement, s'agglomérer ou se disperser en fonction des points d'attraction ou de répulsion en s'articulant sur les surfaces corporelles d'insertion : mise en action des mécanismes de défense, contractions, resserrements, blocages, arrêts ou écoulements fluides de grande adaptabilité. Qualitativement, les forces s'orientent dans une direction ascendante ou vont vers le déclin, parcourant le cours du temps en renforçant le poids du passé auquel elles restent fixées, exerçant leur efficacité dans l'instant présent, renforçant ainsi leur potentialité

virtuelle dans l'actualisation de leurs effectuations ou s'échappant et s'enfuyant vers une lointaine futurition fictionnelle et utopique le plus souvent, qui les rend inaptes à l'exercice présent de leurs fonctions. *Ces deux paramètres, topologique et temporel*, permettent des variations dès la rencontre des forces en action, suivant leur mobilité (pesanteur-fluidité), leur mobilisation (stases-écoulements), leur degré d'efficacité (productives d'un avoir pour celui qui les produit ou pour celui qui les utilise). Ainsi, à chaque instant, la puissance est soumise à des régulations, limitée ou accrue par *les effets de pouvoir* émanant des corps où elles s'insèrent.

Cette conception très souple se veut uniquement fonctionnelle, simple schème aidant à suivre les forces dans leurs déplacements et à observer les résultats qui en découlent en liaison avec les conduites sociales.

« Etre malade, c'est déjà une sorte de ressentiment », dit Nietzsche dans *Ecce Homo* ³⁵ voulant traduire ainsi le « triomphe du réactif » en soi. Le terme de *ressentiment* indique que le mélange des forces actives et réactives est dominé par le réactif. Non seulement les forces actives se trouvent désengagées et détournées de leur destinée première (le travail, les plaisirs, l'accomplissement des habitudes...) mais elles sont absorbées par la réactivité. L'agression liée à la coupure du déroulement d'une forme de vie (lors de l'accident par exemple) est le point de départ d'un processus réactif, non pas d'une réponse en réaction à l'agression mais d'une réaction éprouvée en soi et qui « nous » agit à mesure qu'elle s'accroît, utilisant peu à peu toutes les forces actives disponibles qui viennent grossir le flot des forces réactives victorieuses. « S'il est un reproche que l'on puisse faire à l'état de maladie et de faiblesse, c'est que, dans cet état, le véritable instinct de guérison, c'est-à-dire l'instinct offensif et défensif qui est l'homme, s'effrite. On ne sait plus s'affranchir de rien, on ne peut plus venir à bout de rien. Tout vous blesse. Hommes et choses se rapprochent avec une dangereuse insistance, les expériences vécues touchent très profondément, le souvenir est une plaie qui suppure. » ³⁵. Les émotions de l'état de maladie-ressentiment se produisent selon la modalité dépressive et dépréciative du mécontentement, amoindrissant encore les possibilités de résistance. Ce ré-agir est un mauvais réagir, car ne n'est pas l'agir qui redouble son action, mais le renversement de l'agir qui exerce son pouvoir pour « agir » sur la puissance qui

s'affaiblit... « Le ressentiment né de la faiblesse nuit au faible plus qu'à quiconque. »³⁵. Les forces en action se caractérisent alors *par la pesanteur en ce qui concerne leur mobilité, par les stases quant à leur mobilisation, par une perte de l'avoir pour ce qui en est de leur efficacité*. Conjointement, la puissance est d'autant moindre que les effets des pouvoirs seront réellement (ou seront sentis comme) répressifs.

« Tous les instincts qui n'ont pas de débouché, que quelque force répressive empêche d'éclater au dehors, retournent en dedans : c'est là ce que j'appelle l'intériorisation de l'homme. »³⁶. L'évolution du ressentiment transforme le fonctionnement de la vie mentale, de l'entendement, de l'imaginaire, de l'affectivité, de la vie active. « Ressentiment désigne un type où les forces réactives l'emportent sur les forces actives » écrit G. Deleuze³⁷ (p. 125) du fait que ces forces actives ne sont même plus agies, mais *senties*. « Le mot de ressentiment donne une indication rigoureuse : la réaction cesse d'être agie pour devenir quelque chose de senti. »³⁷. Le « sentir » s'accompagne d'images, de fictions qui déforment, renversent, déprécient, falsifient, nient de plus en plus la puissance³⁷ (p. 143). La production fictionnelle corrélatrice au développement du sensitif dans ce triomphe du réactif (où la mémoire des traces envahit l'actuel et les excitations présentes sont très réactives) atteint le sommet de « ses pouvoirs » dans la maladie-langage, processus psychopathologique fondant tous ces éléments en une seule et même mise en forme clinique.

c. *L'état de maladie et les effets de la pression sociale : la représentation psychosociale de la maladie et le réactif*

Etre malade c'est avant tout se sentir atteint dans l'état de son corps, mais la façon même de se sentir bien portant ou en mauvaise santé s'élabore à partir d'images et de représentations qui sont d'origine sociale. Car « ce serait une grave illusion de renvoyer l'image du corps à des sensations immédiates, à la cénesthésie », précise J. Stoetzel³⁸ (p. 173) qui ajoute « que l'image du corps soit surtout sociale, c'est ce que suggèrent diverses observations convergentes. » En effet, les états de bonne santé ou de maladie ne sont pas que physiologiques ou anatomiques surtout en ce qui concerne les affections dites « fonctionnelles ».

Les impressions subjectives se rattachent à la « conscience de soi », notion qui s'appuie sur des conceptions diverses : l'estime de soi, les jugements qui en découlent, les illusions de soi (par exemple les sentiments d'infériorité ou de supériorité), les mécanismes d'identification, ensemble de considérations qui sont d'origine sociale et appartiennent autant à soi-même qu'au groupe et aux groupes où l'on vit. Il en découle des sentiments de sécurité ou d'insécurité, des attitudes de maîtrise de soi ou de fuite de soi. « La question de la socialisation doit être considérée dans une perspective générale bio-sociale, comme une fonction ayant une finalité d'adaptation », souligne J. Stoetzel³⁸ (p. 64) qui rappelle les travaux de L. K. Franck sur les processus d'acculturation et sur la convivialité. Cet auteur en déduit : « On peut donc s'attendre à trouver, comme effet de l'acculturation, dans certaines sociétés, une attitude dominante envers la vie... faite d'anxiété et de peur, de ressentiment et d'hostilité, avec une forte tendance à la vengeance »³⁸ (p. 64). Ces effets peuvent se retourner contre le sujet, accroître les tensions intérieures qui se muent alors en ressentiment contre soi et contre les autres, dans la mesure où la coupure intervenue dans le style de vie ne permet plus le déroulement habituel des comportements. Il faut en effet tenir compte du fait que la maîtrise de soi face à l'autorité environnante n'est pas immuable, « l'autorité n'est pas une entité, mais consiste dans la manière dont les situations et les personnes éveillent des réponses affectives apprises »³⁸ (p. 64).

J. Stoetzel dans son cours, *Psychologie sociale de la santé et de la maladie*, professé en 1959, remarquait que « de même qu'il y a une institutionnalisation de l'affectivité et des émotions, il y a une institutionnalisation de la santé et de la maladie »³⁹ (p. 613). Si la maladie est d'abord conçue comme privation de la santé elle l'est surtout en tant que dommage causé aux valeurs du corps et de la vie qui sont des valeurs sociales et culturelles autant que biologiques. La condition sociale de l'individu devenu malade comporte d'après T. Parson (dont J. Stoetzel évoque les recherches) plusieurs aspects : une certaine exemption des responsabilités, le droit à l'aide des autres et aux soins, dans la mesure où la « maladie est un état involontaire par définition », mais aussi l'obligation et le désir de guérir et de coopérer effectivement au traitement. Dans ces névroses post-traumatiques, on peut dire que ces divers aspects sont antinomiques.

Elles ne sont pas considérées par tous comme des «maladies» et ceux qui les subissent sont souvent soupçonnés soit de les simuler soit de les faire durer ou de les entretenir, soit de ces deux attitudes à la fois. La pression sociale est habituellement très forte et produit des effets répressifs, ce qui accroît les tensions réactives et aggrave la symptomatologie. J. Stoetzel, dans une étude publiée en 1960⁴⁰ sur *la maladie, le malade et le médecin*, souligne que «le passage de l'état de bien portant à celui de "malade" est bien l'œuvre du malade lui-même. On note des phases de résistance à la maladie mais l'organisation de la morbidité se poursuit parallèlement et s'installe jusqu'à ce que la maladie soit devenue une "forme de vie"». Pour J. Stoetzel il ne s'agit pas d'une pure et simple régression, car la mise en état de maladie peut avoir été conditionnée par les modèles culturels proposés. «L'idée de la maladie est conçue parce que certaines personnes se disent malades et ces personnes se disent malades parce qu'elles y sont autorisées et même poussées par leur entourage»⁴⁰ (p. 614). Dans le type de névroses post-traumatiques ici étudiées, on peut penser que l'orientation réactive des forces individuelles, conséquence des effets subis des pouvoirs sociaux, aide et favorise la mise en forme clinique de l'affection névrotique.

M. Balint en 1957⁴¹, J. P. Valabrega en 1962⁴² ont abordé aussi l'étude de certains critères sociologiques de l'état de maladie envisagés surtout au cours de la relation thérapeutique dans le passage de l'état de maladie à celui, souhaité, de bien portant. Plus récemment, Claudine Herzlich a entrepris sous la direction de J. Stoetzel des recherches sur la *représentation psychosociale* de la santé et de la maladie^{43, 44, 45}. Pour elle, la genèse de la représentation individuelle de l'état de maladie passe par un réseau de représentations sociales, images, attitudes, propos aussi sans doute, commentaires en tous cas, qui s'enracinent dans le signifié du sujet et reflètent les effets de l'environnement. On peut penser que pour les maladies fonctionnelles, ces «matériaux» fournissent les éléments mêmes du processus créateur. C. Herzlich retient, en fonction des rapports des conduites des malades vis-à-vis de leur maladie, trois types de maladies : les maladies-destructrices, les maladies-libératrices, les maladies-métiers. Dans le premier type dominant le désengagement, l'inactivité, la perte du rôle social, le sentiment de rejet et l'exclusion, «la maladie destructrice se caractérise par la concordance

entre déviance sociale, anéantissement personnel et impuissance de l'organisme» ⁴⁴ (p. 149). Dans le deuxième type apparaissent les conduites de repos, de bien-être relatif du fait de l'éloignement des responsabilités et du travail, comme si la maladie libérait d'un poids trop lourd et permettait au «malade» de se reprendre, de se changer, de se faire mieux accepter par les autres, d'«être compris», ce qui en définitive accroît la socialisation. Les maladies-métiers comprennent les troubles d'évolution chronique dans lesquelles un long apprentissage est nécessaire afin de s'adapter à la fois aux souffrances et aux traitements. Dans cette optique, les névroses post-traumatiques appartiendraient au premier groupe : elles sont subies par les accidentés comme diminution réelle de leur puissance d'action. Cependant elles sont souvent considérées par les autres et surtout par les médecins comme une «libération», voire comme une «fuite»; des malentendus s'ensuivent qui accroissent les effets répressifs du milieu social. C'est que, comme le dit C. Herzlich : «Le langage de la maladie n'est pas un langage du corps... le corps seul ne "se parle pas". Entre la maladie, produit du "mode de vie" et la conduite du malade, le corps, l'état organique lui-même s'oublie, il disparaît. Rares et pauvres sont les images et les notions rendant compte de son fonctionnement normal; plus rares encore sont celles tentant d'exprimer sa pathologie, le déclenchement d'une maladie» ⁴⁴ (p. 174).

Tout accidenté est considéré officiellement comme une «victime» : il est juridiquement, administrativement, socialement, institutionnalisé en tant que tel. Si l'attitude sociale première à son égard est attentive et bienveillante, elle se retourne bientôt contre lui, et de plus en plus, à mesure que les troubles fonctionnels apparaissent et s'installent. Les représentations sociales contraignent les autres à croire que ces blessés accentuent leur rôle de victime et à les en accuser le plus souvent indirectement mais aussi directement. Les représentations individuelles des accidentés sont tout à fait différentes; ces patients qui se sentent déjà victimes de leur accident se sentent encore victimes de la «malveillance» des autres en même temps que victimes des troubles subis. Ils sont trois fois victimes. Ainsi la pression sociale s'accumule et se concentre en un pouvoir centripète qui contribue à mieux objectiver le processus psychopathologique, à lui donner sa matérialité et à confirmer son existence en tant qu'objet social obéissant à une situation complexe

où la « relation à un objet social se structure dans la relation à l'autre, donc à la société... et parallèlement la relation à l'autre, à la société se structure dans la relation à l'objet » ⁴⁴ (p. 179).

Pour Médard Boss le corps « avec son dispositif animal, végétatif et hormonal... représente un des lieux de passage pour la réalisation de nos rapports avec le monde, rapports qui constituent l'existence » ⁴⁶ (p. 33). Cette notion autorise l'auteur à soutenir l'hypothèse d'une prédisposition aux accidents : « L'accident survient toujours au moment précis où nos individus s'enfoncent dans une situation pleine de conflits et n'aperçoivent aucun moyen d'en sortir : ni par la brutale rupture de relations sociales, ni par la fuite. Il ne leur reste d'autre solution que de trouver sur le plan corporel, à l'aide d'actes inconscients qui mènent au sinistre, un exutoire à leur tempérament violent et explosif. Ainsi, assez souvent, ces hommes, au lieu de rompre leurs relations sociales, rompent des relations intra-corporelles : en se brisant les os et en se déchirant les muscles » ⁴⁶ (p. 109). Mais si les corps humains sont des corps vivants, traversés par des agencements sociaux et soumis au jeu des forces sociales, on peut penser que c'est dans la nature quantitative et qualitative de ces *liens* que réside la véritable source du processus psychopathologique, source qui ne se trouve ni dans le sujet lui-même, ni dans la seule société, mais dans l'articulation productrice de ces liens reliant les deux. Ces liens apparaissent désormais de nature psychopathologique. On ne peut avoir recours aux notions de prédisposition, de simulation, d'avantages secondaires, que par rapport à des postulats appartenant à une morale sociale étrangère au processus psychopathologique lui-même. Il s'agit plutôt de la production d'une situation nouvelle qui permet à son tour un nouveau mode d'être malade.

Michel Foucault, dans *Naissance de la clinique*, lorsqu'il étudie « la médecine des espèces » en vogue au XVIII^e siècle, écrit : « Il y a une nature sauvage de la maladie qui est à la fois sa nature vraie et son plus sage parcours : seule, libre d'intervention, sans artifice médical, elle laisse apparaître la nervure ordonnée et presque végétale de son essence. *Mais plus l'espace social où elle est située devient complexe, plus elle se dénature* » ⁴⁷ (p. 15, n.s.). Or, dans le type de névroses post-traumatiques, le « champ social » semble être le véritable « champ opérationnel et opératoire » où se produisent les symptômes, les mots pour les dire, les attitudes pour les montrer, les récits

et les commentaires qui leur donnent une réalité subjective. Les névroses appartiennent (du moins en grande partie) au monde des artifices humains : elles témoignent aussi de la dénaturation de l'homme car « l'homme même physique, ne se limite pas à son organisme », rappelle G. Canguilhem ⁴⁸ (p. 133).

4. LES CONDUITES RÉGRESSIVES ET LES FACTEURS ÉMOTIONNELS

Les concepts d'évolution fonctionnelle inversée, de régression sont difficilement acceptables. L'homme étant un système de relations et de rapports, tant en lui que hors de lui, on peut penser que chaque moment de l'histoire est producteur dans ses manifestations actives ou réactives. Il n'y a pas de régression pure. Le temps est irréversible dans sa forme et dans sa substance. Par contre il y a des agencements, des fonctionnements qui changent suivant les modes d'articulations entre la « production désirante » propre à chacun, le jeu des énergies et de leurs investissements, les occasions de leur expression créatrice. Dans ces formes d'échange peuvent apparaître des conduites spécifiques de telle ou telle étape antérieure de l'ontogenèse, de même que, pour assurer une défense, il y a rétrécissement du champ des activités ou modifications physiologiques avec fonctionnement réduit permettant de vivre en économisant au maximum les énergies.

a. Les conduites régressives

Pierre Janet ⁴⁹ a très bien décrit ces conduites antérieures au stade actuel d'organisation, exigeant une moindre participation de soi. Paliers qui servent de point de repli, de moment d'attente pour revenir ensuite à la conduite désirée, gage d'une meilleure adaptation, dispensatrice d'un plus grand bien-être aussi. André Sivadon et Jean de Verbizier ⁵⁰ ont eu le mérite d'attirer l'attention sur cette actualité de P. Janet lorsqu'ils ont étudié ces états psychopathologiques liés aux névroses du travail et aux crises d'adaptation. Plus que d'une régression au sens de Freud, c'est de comportements régressifs dominés par l'épuisement et l'inhibition qu'il s'agit.

b. Les facteurs émotionnels pathogènes

Les variations qualitatives et quantitatives des forces réactives, leur agglutination, leur transformation en symptômes sont facilitées par les mouvements émotionnels. L'émotion s'accompagne de remaniements énergétiques plus ou moins bien organisés en fonction des stimuli agressifs ou considérés tels. Paul Sivadon a insisté à plusieurs reprises et résumé récemment l'action pathogène de ces facteurs dans les décompensations névrotiques ^{51a}.

D'après cet auteur, les agents irritants, perturbateurs pour l'organisme sont très nombreux. Depuis Reilly on sait que ceux-ci ne sont pas spécifiques et Selye appelle « stress » l'ensemble des réactions de l'organisme. L'émotion est une mise sous tension, elle est un intermédiaire permettant la mise en place des mécanismes de défense. C'est l'inadéquation de la conduite émotionnelle qui, mobilisant trop et mal les énergies, permet la médiation corporelle et l'apparition éventuelle de troubles somatiques.

Ce mécanisme se retrouve dans les affections dites psychosomatiques. Suivant Alexander, on aurait : a) des manifestations liées à une mise sous tension réactionnelle excessive avec tentative de lutte contre le danger ou de fuite, avec troubles somatiques dus à l'échec de cette préparation; b) des attitudes de repli, de dérobage avec élaboration de situations pathologiques de dépendance et des conduites régressives correspondant à un réel hypofonctionnement physiologique.

Les phénomènes de sensibilisation et de conditionnement sont, pour P. Sivadon, des modalités des variations des réponses émotionnelles. Il insiste sur l'effet-retard, l'aspect différé des réponses et sur le déplacement, dans lesquels les manifestations pathologiques apparaissent après une perturbation de type proche de la première (qui a joué un rôle fixateur), mais différente. L'étude des conditionnements de type pavlovien, le conditionnement opérant, les expériences de Thorndike (loi de l'effet), de Skinner, de N. Miller ont montré la plasticité de l'organisme et l'étendue du pouvoir d'adaptation des réponses émotionnelles (éventuellement viscérales) aux divers stimuli dans les situations les plus invraisemblables, de même que la possibilité de remplacement des signaux physiques par des mots-signaux. Tout comportement récompensé tend à se reproduire et à se perpétuer.

On rencontre des *syndromes postémotionnels* à la suite d'un quelconque choc émotionnel intense, qu'il soit contemporain ou non d'un traumatisme ou d'un accident. Y. Poinso et M. C. Mouren en ont étudié récemment les diverses modalités ⁵².

Dans les syndromes d'intolérance aux traumatismes minimes, les facteurs émotionnels peuvent être secondairement pathogènes, effets-relais, mobilisant d'autres énergies et favorisant des réponses attendues ou inattendues.

IV. CONCLUSION :

LA NOTION DE TRAUMATISME PSYCHIQUE DANS LA MALADIE-LANGAGE POST-TRAUMATIQUE

L'homme est un système non clos, système de relations fonctionnant dans d'autres systèmes qui l'englobent et le débordent. En tant qu'unité systémique, il est en rapport avec ce qui n'est pas lui, avec ce qu'il a tendance à percevoir et à sentir comme familier ou étranger et qui d'habitude est considéré macroscopiquement comme différent, autre que lui. Les ruptures du fonctionnement harmonieux, ce qui fait impact comme déchirure pénible et réveille un cortège affectif et de représentations, correspond à ce que l'on appelle *un traumatisme psychique*. D'après P. Sivadon ^{51b}, la conscience d'un danger violent ou imaginaire entraîne des perturbations de l'organisme, et des mécanismes de régulation secondaire tendent à rétablir l'équilibre antérieur. Processus d'adaptation qui répond au double mécanisme d'assimilation et d'accommodation. Traumatisme psychique et processus d'adaptation fonctionnent suivant les mécanismes de l'accoutumance et de la sensibilisation. L'accoutumance implique le non-déséquilibre en face de l'hétérogène, ce qui est fonction du degré d'acceptation intérieur de l'élément perturbateur, de l'intensité de la perturbation, de la possibilité de transformer ou de « métaboliser » les effets de l'élément hétérogène. L'accoutumance correspond à un bon mécanisme de défense qui permet, par analogie et par substitution, de mieux s'habituer aux diverses agressions et de réduire les dépenses de l'organisme. La sensibilisation, par contre, facilite les désorganisations internes, affaiblit les résistances, prépare et « prédispose » aux réponses excessives et non adaptatives.

Toujours d'après P. Sivadon, l'individu, face au milieu, se trouve « en situation », les rencontres pouvant prendre des significations « pathogènes » et « conflictuelles ». Les situations pathogènes sont celles où les éléments hétérogènes à l'individu sont contraignants, sont pour lui une menace à sa sécurité ou à sa liberté. Les situations sont « conflictuelles » lorsque, placé devant plusieurs issues possibles, l'individu ne sait laquelle choisir. Les réponses adaptatives sont ainsi soumises au jeu des doubles paramètres contrainte-liberté et sécurité-insécurité. Les réponses désadaptatives peuvent survenir après un laps de temps variable les séparant de l'élément hétérogène perturbateur.

Quels que soient les types et les mécanismes de défense utilisés, les formes cliniques, les troubles d'intolérance obéissent à une organisation complexe. *Dans les cas qui nous occupent, la notion d'un traumatisme psychique n'est pas évidente d'emblée, elle le devient après.* Une fois le syndrome installé on cherche quels ont pu être les facteurs pathogènes. C'est alors, rétrospectivement, que l'accident semble avoir eu pour le sujet une valeur d'événement, de traumatisme psychique éventuellement.

Pendant, on peut se demander quels sont les mécanismes qui président à la formation des symptômes. Le clivage n'est pas aisé entre le sujet et le milieu ou encore entre les facteurs apparemment dominants ici ou là. Peut-on penser que le sujet est seul agent de ses troubles ? Ces « malades » sont en relation avec les gens qui les emploient, les gens qui les soignent, les gens qui vivent et travaillent avec eux. Ces relations sont multiples et de nature diverse, où se mêlent les modes sensible et intelligible. Il existe une circulation d'affects et un échange de mots. Des décisions sont prises qui contribuent à accroître ou à diminuer l'avoir de chacun. Il n'y a pas de réelle confrontation duelle, repérée et repérable des divers moments de ces relations, mais un processus qui engendre et parcourt ces moments, tout en les retenant en lui. Ainsi se constitue l'effectivité du syndrome d'intolérance.

Une première hypothèse semble pouvoir se dégager, formulable en trois points :

1. Un moment est privilégié par tous, celui de l'accident qui peu à peu a pris une valeur d'événement. A partir de là, tout a changé. Le syndrome traduit une exacerbation des énergies

réactives qui se traduit dans l'état de maladie. Rien ne sert d'assimiler ce syndrome à une autre affection ou de le réduire à ce qu'il n'est pas. Têtu, il persiste dans son vouloir réactif; les troubles imposent une originalité, une spécificité.

2. Ensuite, d'après le mode et la courbe d'évolution de l'organisation des symptômes, on peut dire que cet énoncé singulier emprunte son expression à une énonciation pathologique plus large. Il y a une articulation entre les énonciations sociales et l'énoncé singulier. Le langage est double : le récit des symptômes et le récit des mots, et ils forment un entrelacement où les influences sont complexes. Ainsi se crée une maladie-langage qui parle et signifie pour elle-même.

3. Enfin, énergies réactives, symptômes, récits correspondent à une expression clinique qui produit ses propres effets, effets qui « aliènent » le sujet. La façon de « se » vivre est totalement différente, comme si une autre temporalité, celle qui se rattache à l'événement matérialisé par l'accident, ne pouvait se fondre et s'inscrire dans l'histoire individuelle.

NOTES

1. H. Laugier, J. Monnin, J.D. Weinberg, « Contribution à l'étude du facteur individuel dans les accidents du travail », *Le travail humain*, 1937, vol. 5.
2. Hill et Trist, « Industrial accidents as means of withdrawal from work situation », *Human relations*, vol. VI, n° 4, 1953.
3. J. Grisez, « Notes sur les concepts et les méthodes employés pour l'étude des aspects psychologiques des accidents », *Bulletin du CERP*, 1957, 3, pp. 257-282.
4. K. Lewin, *Resolving social conflicts*, Harper and Brothers, New York, 1948.
5. V. Raymond, « Psychophysiologie des accidents du travail. Le geste néfaste », *Archives des maladies professionnelles*, 13, 5, 1952.
6. J.M. Lahy, S. Korngold-Pacaud, « Recherches expérimentales sur les causes psychologiques des accidents du travail », *Le travail humain*, vol. 4, I, 1936.
7. S. Pacaud, « Recherches sur la prédisposition aux accidents », *Cahiers du musée social*, n° 5-6, 1953.
8. J. Zurfluh, *Accidents du travail et formation sécurité*, Dunod, 1957.
9. R. Bonnardel, *L'adaptation de l'homme à son métier*, P.U.F. (1^{ère} éd. 1943).

10. J.M. Faverge, J. Leplat, B. Guiguet, *L'adaptation de la machine à l'homme*, P.U.F., 1958.
11. J. Leplat, « Les liaisons sensori-motrices », *Traité de psychologie expérimentale* (avec P. Fraisse et J. Piaget), t. II, pp. 114-159, P.U.F., 1963.
12. J. Leplat, C. Enard, A. Weill-Fassine, *La formation pour l'apprentissage*, P.U.F., 1970.
13. J.M. Faverge, *Psychosociologie des accidents du travail*, P.U.F., 1967.
14. J. Leplat, *Attention et incertitudes dans les travaux de surveillance et d'inspection*, Dunod, 1968.
15. H. Wallon, *Les origines du caractère chez l'enfant*, P.U.F., 1949.
16. A. Fernandez, R. Bailly, M. Lebreton, « Cataplexie et pathologie de l'émotion », *Annales médico-psychologiques*, 1958, t. I, p. 323.
17. P. Sivadon, A. Fernandez, *Introduction à l'étude des aptitudes psychologiques et psychosociales liées à certains types de travail nucléaire*, 1969, monographie du Centre de recherches psychopathologiques, 11 rue Tronchet 75008 Paris.
18. P. Sivadon, A. Fernandez, « Résultats du Cornell-index n° 2 dans une population de travailleurs nucléaires », *Revue de psychologie appliquée*, vol. 18, n° 3, 1968, pp. 159-165. Cette épreuve a permis d'apprécier le degré de stabilité émotionnelle et de préciser l'indice de tension individuelle.
19. K. Schneider, *Les personnalités psychopathiques*, 1950, trad. française P.U.F., 1955.
20. Il faut entendre par personnalités prénévrotiques celles où se manifeste une faiblesse du « moi ». Les décompensations névrotiques « actuelles » sont possibles devant la moindre agression extérieure.
21. S. Freud, *La naissance de la psychanalyse, Lettres à W. Fliess (1887-1902)*, P.U.F., 3^e éd. française 1973 (1^{ère} éd. all. 1950), p. 185 (note du 31 mai 1897).
22. F. Dunbar, *Psychosomatic diagnosis*, New York, 1943, et *Susceptibility to accidents*.
23. P. Janet, *Les médications psychologiques*, Alcan, 1919 (3 vol.).
24. P. Bernard, S. Trouvé, *Sémiologie psychiatrique*, Masson, 1976.
25. La notion de « traumatisme » originel, oublié, refoulé, forclos, domine la psychopathologie contemporaine. Freud parle ainsi du traumatisme : « Nous appelons ainsi une expérience vécue qui apporte, en l'espace de peu de temps un si fort accroissement d'excitation à la vie psychique que sa liquidation ou son élaboration par les moyens normaux et habituels échouent, ce qui ne peut manquer d'entraîner des troubles durables dans le fonctionnement énergétique. » (*Introduction à la psychanalyse*, Payot, 1951, p. 298). Dès 1895-1897 l'idée se fait jour d'un traumatisme sexuel (scène primitive ou originaire) qui pourrait être refoulé et réveillé ensuite beaucoup plus tard par un événement actuel lui-même traumatique, de sorte que la réponse enregistrée serait beaucoup plus liée à ce qui s'est produit autrefois (et qui continue à « agir » comme une structure à potentialité pathogène) qu'à l'événement actuel. O. Rank avait attiré l'attention sur l'importance prégnante du traumatisme de la naissance, point crucial, originaire de toutes les angoisses à venir.

26. A. Toffler, *Le choc du futur*, Denoël, 1971 (coll. Médiations, n° 110, 1976).
27. J.A. Barré, « L'hystérie », *Traité de médecine*, t. XVI, Masson 1949, p. 1223, Hystérie et traumatisme.
28. Brissaud, *La sinistrose*, Concours médical, 1908.
29. R. Merle d'Aubigné, « Traumatisme et vie moderne », *Revue du praticien*, t. IV, 1954, pp. 355-357. A propos des pseudo-avantages retirés par les accidentés, l'auteur écrit : « Les compensations servies pour incapacités permanentes représentent pour ces blessés une diminution considérable du standard de vie. Au contraire, la récupération de leur capacité de travail leur rend une indépendance, une dignité humaine qui manquent, hélas, trop souvent aux blessés incomplètement guéris et peu satisfaits de la compensation financière qu'ils reçoivent. »
30. J. Bardou, *Peut-on encore parler de sinistrose ?*, thèse médecine, Toulouse, 1952 (directeur : professeur Planques).
31. Paul Sivadon, C. Veil, « Aspects sociologiques et cliniques de la sinistrose », *Congrès de psychiat. neurol. de langue française*, Marseille 1964, t. I, p. 433. « Nous pensons avoir démontré que les conditions d'apparition de cette forme de revendication sont toutes différentes de celles qu'on évoque le plus volontiers. Quand un cas "tourne mal" cela semble tenir surtout à des facteurs indépendants de la volonté - consciente et même inconsciente - et même dans une certaine mesure de la personne du blessé. Contrairement à un présupposé courant qui assimile plus ou moins ouvertement la sinistrose à la simulation, et en somme accuse le blessé de surestimer la gravité de son accident, il apparaît que ce serait plutôt autrui qui aurait tendance à sous-estimer la gravité des suites de son accident. »
32. Paul Sivadon, R. Amiel, *Psychopathologie du travail*, 1 vol., Les éditions sociales françaises, 1969. Exposé de l'ensemble des recherches avec bibliographie depuis 1952.
33. P. Sivadon, « Phénomènes d'intolérance et mécanismes allergiques en pathologie mentale », *L'évolution psychiatrique*, 1955, pp. 299-320. L'auteur insiste sur l'importance de l'événement perturbateur, les phénomènes de sensibilité émotionnelle, les réponses d'allure allergique qui s'ensuivent. « Le schéma évoque l'allergie : événement hétérogène, inassimilable par la personnalité, période de sensibilisation avec réactions d'intolérance (hyperergie) et exacerbation des mécanismes de défense (sommeil), enfin déclenchement des troubles pathologiques sous l'influence d'un rappel de l'événement primitif » (p. 319).
34. P. Sivadon, « Processus auto-immunitaire et pathologie mentale », *Revue d'immunologie*, Paris, t. 32, 1968, n° 4-5, pp. 193-207.
35. F. Nietzsche, *Œuvres complètes*, t. VIII, vol. 1, Gallimard, 1974.
36. F. Nietzsche, *Généalogie de la morale*, *Œuvres complètes*, t. VII, Gallimard, 1971.
37. G. Deleuze, *Nietzsche et la philosophie*, P.U.F., 1962.
38. J. Stoetzel, *La psychologie sociale*, Flammarion, 1963.
39. J. Stoetzel, Cours « La psychologie sociale de la santé et la maladie », notes, non revues par J. Stoetzel, publiées dans *Bulletin de psychologie*, 1959, XII, 10, n° 162-168.

40. J. Stoetzel, « La maladie, le malade et le médecin », *Population*, 1960, 15, n° 4.
41. M. Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, 1957, trad. française, P.U.F., 1960.
42. J.P. Valabrega, *La relation thérapeutique*, Flammarion, 1962.
43. Cl. Herzlich, « Quelques aspects de la représentation sociale de la santé et de la maladie », *Psychologie française*, 1964, IX, I, pp. 1-14.
44. Cl. Herzlich, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Mouton, 1969.
45. Cl. Herzlich, *Médecins, maladie et société*, Mouton, 1970. Textes d'auteurs (cf. en particulier études de T. Parson déjà mentionnées par J. Stoetzel).
46. M. Boss, *Introduction à la médecine psychosomatique*, 1954, trad. française, P.U.F., 1959.
47. M. Foucault, *Naissance de la clinique*, P.U.F., 1963.
48. G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, P.U.F., 3^e éd., 1975 (1^{ère} éd. 1966).
49. P. Janet, *La force et la faiblesse psychologiques*, Maloine, 1932.
50. A. Sivadon, J. de Verbizier, « La régression des conduites chez les traumatisés, son importance dans la reprise du travail », *Archives des maladies professionnelles*, t. 16, 1965, pp. 375-378.
51. P. Sivadon, *Traité de psychologie médicale*, t. 3, La pathologie émotionnelle, P.U.F., 1973. a) « La pathologie psychosomatique » ; b) « Le traumatisme psychologique » (en col. avec S. Crahay).
52. Y. Poinso, M.C. Mouren, « Les syndromes postémotionnels », *Annales médico-psychologiques*, 1976, t. 1, n° 2, pp. 185-218.

La maladie-langage : sémantique de l'énoncé singulier

L'esprit étant un produit de l'histoire, les solutions comme les questions n'offrent de sens que dans l'histoire. La science de la pensée sera née quand les critères historiques auront détrôné les critères logiques.

P. Masson-Oursel ¹.

Les règles de formation ont leur lieu non pas dans la "mentalité" ou la conscience des individus mais dans le discours lui-même.

M. Foucault ².

Une maladie-langage est un ensemble de symptômes et de mots, signes corporels et verbaux mêlés en un récit qui inaugure une façon d'être pathologique. Cette combinaison spécifique tient son propre discours : y prennent place les métaphores et métonymies qui actualisent et effectuent les variations énergétiques de chacun. Pour faire une analyse généalogique de ce processus narratif et remonter au point-source de son éclosion, nous devons parcourir deux étapes premières. Recueillir les enseignements des conditionnements et des déconditionnements des mots-signaux et des représentations qui s'y attachent. Suivre l'expression créatrice, tout au long de l'évolution des dérives pathologiques, dans le double récit des signaux appartenant à la somatisation fonctionnelle, et des verbalisations qui les racontent.

Les sons émis par la voix sont les symboles des états d'âme.

Aristote ³.

Tout concept surgit de la postulation de l'identité du non-identique.

Nietzsche ⁴.

Nous nous trouvons devant un récit qui essaie de reproduire aussi fidèlement que possible ce qui a été senti, observé et constaté, les décisions qui furent prises, les résultats qui en ont découlé. Nous travaillons sur des mots qui cherchent à évoquer la réalité des symptômes au moment même de leur naissance et sur les mots qui décrivent les symptômes actuels. Il y a un récit des symptômes et un récit des mots. Il nous faudra analyser les rapports entre les symptômes cliniques et les mots qui en font la narration.

La définition de la parole proposée par Aristote supposait une adéquation des sons émis et de ce qui était ressenti : « les états d'âme ». En réalité, il y a diffraction, ce qui est dit ne coïncide pas avec ce qui est senti et cela à l'insu même de celui qui parle. La parole fabrique des symboles et la meilleure bonne foi de celui qui parle comme de celui qui écoute peut être prise en défaut par la complexité du langage. Il faut apprendre à trier, à classer, à décrypter, à traduire les signes, à les interpréter, à les ajuster.

Nous progresserons en quatre étapes. 1) Nous évoquerons d'abord ce qui s'élabore entre l'homme et sa maladie, les rapports des mots et des maux. 2) Nous préciserons ensuite les échanges entre le paraître et l'être, entre le sensible et son expression, entre les personnages et la personne. 3) Nous essaierons alors de suivre de plus près le tissage des signes dans le cadre des syndromes d'intolérance. 4) Nous pourrions apercevoir à ce stade les nœuds et les coupures intervenus dans les relations et comment leurs effets pathogènes se lient à ceux des pouvoirs pesant sur l'individu souffrant.

I. LES MOTS / LES MAUX

Changer le nom ne fait pas changer les choses.

Marx ⁵.

*Ce qui habite autour de vous
bientôt s'habitue à habiter en vous :
là où tu t'établis à demeure
s'établissent bientôt des mœurs.*

Nietzsche 6.

1. LA FONCTION AVENEMENTIELLE DE LA PAROLE

Les patients présentent des symptômes et représentent ces symptômes par des attitudes, par des gestes, par des mots. Il y a un décalage entre ce qui se présente et sa représentation. Bien des artifices vont germer et essaimer dans / de cette fissure. L'exposé des faits sera présumé trompeur à l'insu même du narrateur, parfois avec sa collaboration consciente. En tout cas, un effet en retour de la représentation et de ce qui la véhicule, le mot, peut agir sur ce qui se présente, c'est-à-dire le symptôme. L'histoire nous a appris les effets des mots, des discours, des prophéties, sur les hommes : les pouvoirs de la parole. Le malade peut, sans intentionnalité préalable, « se raconter (ou nous raconter) des histoires ». La narration exprime un état de faits, elle peut aussi peut-être le faire apparaître, le faire circuler, l'engendrer. Dans une certaine mesure dit N. Grimaldi « la réalité loge dans le mot » ⁷ (p. 417).

La fonction magique de la parole, la fonction thaumaturgique du langage reposent sur cette possibilité qu'ont les hommes de se laisser subjuguier par les effets des paroles. Les religions, les idéologies sont faites de paroles où les mots deviennent des réalités. Evoquer un fait passé, c'est le recréer, le transformer en le recréant. « Parler c'est appeler et rappeler. Toute parole est donc invocatoire dans la mesure où elle appelle à soi l'intercession d'une présence enfouie », dit N. Grimaldi ⁷ (p. 417) qui reconnaît à la parole une « *fonction avènementielle* » ⁷ (p. 424). Pouvoir incantatoire de la parole qui « fait vivre ce qu'elle énonce comme une réalité qui se substitue à la réalité elle-même. Cette substitution consiste à tenir la réalité présente des mots pour la réalité présente de leur signification. La signification de ce qui est dit est confondue avec l'existence de la parole qui le dit » ⁷ (p. 424). « L'événement c'est ce qu'on raconte, tout simplement », écrit P. Janet ⁸ (p. 289).

2. LA PAROLE ET L'HOMME DANS LA MALADIE

P. Sivadon a étudié l'importance de ces faits en fonction de l'homme malade⁹, et leur influence sur l'évolution de la maladie. Les mots prononcés par le médecin peuvent inspirer confiance ou au contraire désorienter. Les pronostics émis ont des effets positifs ou négatifs. H. Baruk s'était vigoureusement élevé contre ce qu'il appelait « les pronostics dévastateurs » en psychiatrie¹⁰. R.A. Rosenthal a nommé « effet Pygmalion »¹¹ le rôle des gestes et des attitudes des enseignants sur le comportement de leurs élèves. Effets de pronostic et de suggestion verbale qui arrivent à faire advenir ce qui était attendu ou proposé. Rosenthal a constaté que les prophéties déclenchaient le désir de chacun de tout faire pour ressembler à l'image de lui attendue par l'autre. M. Balint¹² a reconnu l'influence de l'image sociale émanant du groupe sur tout individu faisant partie de ce groupe. De tels retentissements sont constatés tout au long de l'évolution du malade en fonction de son insertion dans un collectif de psychothérapie, comme si la représentation que se fait le groupe sur un événement influait sur l'avènement de l'événement et sur son accomplissement.

3. LE MALADE, LA MALADIE, LE PROCESSUS DE SOINS

« La maladie est une atteinte à l'intégrité de la personne. Comme telle elle est une menace d'anéantissement, une source d'insécurité et d'angoisse », écrit P. Sivadon⁹. La maladie introduit des modifications dans les relations de l'homme avec la société et avec la famille et transforme en même temps l'opinion qu'il a de lui-même. Le malade bénéficie actuellement d'un statut social bien codifié. La société n'exige plus de lui les mêmes engagements, ne lui demande plus un travail, une activité responsable. Par contre, par l'intermédiaire de la Sécurité sociale, elle lui enjoint de respecter les thérapeutiques prescrites et qui doivent lui permettre de rejoindre sa place dans le groupe. P. Sivadon pense que « la maladie s'accompagne d'une régression sur le plan de l'autonomie sociale, d'un retour à un statut rappelant celui de l'enfant »⁹. Régression-effet provoquée par la maladie, et non régression-cause, susceptible de provoquer par elle-même les troubles. « Régression syntonisante » a dit

Barahona Fernandes traduisant par ce terme la régression physiologique liée aux mécanismes de défense de l'organisme mais aussi l'affaiblissement de l'intérêt, la réduction des activités. La maladie amoindrit, rend plus sensible et plus vulnérable. Tout ce qui approche le malade, son territoire personnel est fortement valorisé, de même que les objets usuels qui l'entourent et les personnes qui le soignent. Les échanges sont sélectionnés : n'est accepté que ce qui ne risque pas d'empiéter sur le quant-à-soi. Dans ces conditions tout revêt une signification différente : les manœuvres exigées par les soins, les mots employés. Le malade interprète tout en fonction de lui-même, dans une forte coloration affective. On peut observer des comportements et des attitudes infantiles, des fluctuations de la voix, des modifications de l'expression émotionnelle.

L'examen médical, les explorations, les interventions thérapeutiques sont particulièrement remarquées par le patient. P. Sivadon a décrit une « zone d'intimité du malade, zone péricorporelle dont la limite se situe entre 80 cm et 1,20 m en moyenne. Cette zone ou bulle (bubble des auteurs américains) ne peut être franchie par un étranger sans provoquer des réflexes de défense (contraction musculaire, décharge d'adrénaline et de glucose dans le sang, vasoconstriction et augmentation de la coagulabilité sanguine) qui vont gêner l'examen ou entacher d'erreur les résultats obtenus »⁹. Tout compte pour le patient au cours de l'examen médical, la place par rapport au médecin, la façon dont les questions sont posées, le déroulement des diverses phases de l'exploration, ce qui est dit et ce qui n'est pas dit - *le non-dit ayant aussi une valeur significative* - les modalités des prescriptions... Reste toujours en toile de fond ce désir d'entendre dire « qu'il n'y a rien » ou « que ce n'est pas grave » et qu'il est possible de faire quelque chose d'efficace. « Savoir qu'il ne faut rien faire représente tout autre chose que de ne pas savoir quoi faire » précise P. Sivadon⁹.

Les relations du malade avec sa maladie, les examens, le personnel soignant sont sujettes à oscillations. *Les représentations*, la vision subjective de soi malade et des autres en fonction de la maladie sont dominées par le souci de la guérison. Dans cet état d'affaiblissement répétons l'importance du rôle anthropologique des médecins tant au cours des colloques singuliers qu'à travers les interventions des équipes de soins. Le médecin produit des effets sur l'évolution de la maladie, sur l'ampleur

des symptômes. M. Balint va jusqu'à dire que le médecin est parfois le seul et véritable médicament, «le remède vivant».

4. LECTURE DES SYMPTÔMES ET EFFETS DE LECTURE

Au cours des examens et des entretiens on assiste à la confrontation de deux langages hétérogènes, celui du patient, celui du médecin. Les vocabulaires déjà sont différents mais l'incompréhension se complique du fait des implications émotionnelles des interlocuteurs. Le médecin veut savoir, tout savoir le plus rapidement possible, il lui arrive d'être plus ou moins inquisiteur. Le patient veut bien que l'on sache ce qui touche à sa maladie mais pas obligatoirement ce qui, pour lui, est sans rapports et déborde la technicité. Or, le langage utilisé pour exposer les symptômes est imprécis, incomplet, chargé d'expressions impropres. Le temps consacré aux examens médicaux est limité. Le désir d'éclairer le diagnostic peut donner à l'entretien un caractère de précipitation choquant pour le malade. Aspects qui rendent les échanges compliqués et incomplets.

P. Sivadon rappelle que le patient assimile souvent le médecin à une image parentale rassurante et qu'il est alors nécessaire de ne pas décevoir le malade. Les notions de transfert et de contre-transfert (ensemble des investissements affectifs que réalise le malade sur le médecin et des réponses de celui-ci aux manifestations évidentes ou tacites de son patient) prennent beaucoup d'importance. P. Sivadon insiste pour que l'entretien se déroule sous la forme très libérale d'une *anamnèse associative*, méthode où «le patient s'exprime librement racontant l'histoire de sa maladie à sa manière»⁹, le médecin faisant préciser les points obscurs, revenant ultérieurement sur les séquences qui lui paraissent cruciales.

Les relations médecin-patient sont toujours ambiguës. Chez le patient resurgissent souvent des réponses «réflexes», archaïques et infantiles, des représentations subjectives symboliques recouvrant constamment ce qui est dit et expliqué, imprimant à tous les propos des distorsions. Le patient désire en quelque sorte s'appropriier le médecin, le conserver comme «médiateur», comme «objet transitionnel» (Winnicott), comme un auxiliaire capable peut-être de l'aider à effectuer le retour vers ce qu'il était avant la maladie. Pour le médecin, prévaut toujours le souci

d'efficacité; ce qui peut l'amener à être laconique et à maintenir une distance opérante qu'il juge indispensable pour réussir. Il peut au contraire entrer dans le jeu du malade, participer (par sympathie ou par empathie) à l'évolution des troubles, tout en exerçant une discrète pression pour essayer d'obtenir l'amélioration souhaitée. Une relation « d'argent » peut encore compliquer ces rapports.

En ce qui concerne *les mots*, il faut savoir que la communication se fait souvent sur une fausse compréhension. L'inquiétude qui accompagne toute maladie ne permet pas au patient de tout déchiffrer, de tout retenir. Des phénomènes de surdité psychique, résultat de mécanismes de refoulement et de négation, peuvent faire que le malade « n'entend » pas et ne retient pas ce que dit le médecin.

R. Barthes¹³ a distingué des mots-savoir et des mots-valeur. Les premiers ont un contenu scientifique, technique, objectif; les seconds, qu'il appelle aussi vocables, sont surtout subjectifs, chargés d'affectivité; ils sont soumis aux variations interprétatives. Disons que le malade écoute et s'exprime surtout dans le registre des mots-valeur.

Incompréhension possible, décalage des informations, mots-savoir cohabitant avec les mots-valeur, autant de possibilités offertes au médecin pour agir, parfois malgré lui, à l'encontre du but recherché. Sans parler de iatrogénie on peut constater que le discours médical fait pour guérir peut aussi entraver cette guérison, voire même induire des effets négatifs. Nous sommes dans le règne de l'hétéronomie, entre les appellatifs des symptômes et leur contenu, les mots pour les dire et l'accueil réservé à ces mots. D'où le propos de N. Grimaldi : « c'est la structure sémiotique de la parole qui spontanément fait éprouver la présence de la signification dans la présence des signes et la réalité de ce qui est dit dans la réalité du discours »⁷ (p. 425).

L'homme est partie intégrante de ce milieu d'artifices que sont les gestes, les attitudes, les mots, les institutions. Etre intégré dans le monde c'est faire partie de systèmes d'information et de communication. Etre adapté à telle partie ou à tel segment du monde, c'est parler son langage, créer en soi un sous-système où les réponses soient bien réglées et s'emboîtent dans ce qui est attendu en fonction des stimuli émis et réceptionnés. L'homme est un ou plusieurs sous-systèmes au sein desquels les

montages incitation-excitation, signal-réponse, se conditionnent en automatismes et circuits souffrant peu les variations et les originalités individuelles. Lorsque celles-ci surviennent, du fait d'un élément perturbateur, la porte s'ouvre sur la pathologie.

La parole, les mots ont un rôle privilégié en tant que fonction symbolique. L'homme est traversé par des énonciations dont les effets sont favorables ou défavorables. Les mots peuvent-ils créer les maux ? Comment les énonciations morbides pénètrent-elles en l'homme et sont-elles absorbées par lui jusqu'à lui permettre l'élaboration des énoncés pathologiques individuels ? C'est ce qui reste à élucider.

II. L'EXPRESSION CRÉATRICE ET LE DOUBLE RÉCIT

C'est là que les langues ont leur foyer d'origine : le langage des sens, tout aussi bien que le langage des gestes et des regards.

Nietzsche ¹⁴.

Dans la mesure où l'histoire même tend à être produite à mesure par son propre récit - par ses effets de récit - elle se découvre à nous comme groupe de narrations ou de versions narratives.

J.P. Faye ¹⁵.

Lorsque M. Foucault entreprend d'écrire l'histoire de la folie, il se propose d'étudier la déraison en elle-même et dans ses rapports avec la raison, « Histoire, non de la psychiatrie, mais de la folie elle-même, dans sa vivacité, avant toute capture par le savoir » ¹⁶ (p. VII). Il dévoile ainsi la vraie difficulté, celle de saisir la folie à son état primitif, et non par « le langage de la psychiatrie, qui est monologue de la raison *sur* la folie, ... » ¹⁶ (p. II). Les signes de la déraison, les mots de la déraison sont captés par ceux de la raison et réduits au silence. Il y a confrontation de deux monologues. Le pouvoir des mots est tel que dès que l'on sort du dire, et d'un dire déterminé, ce détour est payé de silence.

Dans les troubles fonctionnels névrotiques, il n'y a pas déraison; la difficulté réside dans le passage du sensible au verbal, de la physiologie à l'expression. L'expression n'est pas passive, mais créatrice. Le biologique, le physiologique ne parlent pas tout seuls, le cri est déjà un langage. L'expression n'est pas simple reflet mais processus, avec mouvement créateur de gestes, d'attitudes et de paroles pour le dire dans ses symptômes. Un épuisement traduit bien une diminution de puissance, mais cet épuisement ne devient évident qu'une fois exprimé, c'est-à-dire lorsqu'il prend forme et qu'il se compare implicitement ou explicitement à d'autres formes de l'épuisement. Double nature du symptôme dans sa réalité physiologique et dans sa forme clinique, expression redoublée dans les mots qui le signalent, le désignent, s'essaient à le décrire. Dans l'enjeu de l'expression, le commentaire peut se trouver hypostasié, l'emporter sur l'infrastructure «naturelle», ou supposée telle; la verbalisation porte ainsi les mots au pouvoir. Le sensible se trouve entraîné et absorbé dans le circuit de la signification. Il y a des effets croisés. La fatigue n'est pas seulement dans sa description, dans le mot «fatigue», mais il n'y a pas non plus étanchéité, le mot n'est pas totalement étranger à la chose. *L'expression est une production, dont le récit est double, des symptômes cliniques et des mots. L'analyse de leurs rapports exigera quatre moments.*

1) Préciser les degrés d'expression des symptômes par rapport à leur double contenu, corporel et verbal. 2) Aborder ensuite les modalités d'interaction du paraître et de l'être, des personnages et de la personne, pour mieux saisir l'espace d'enracinement des signes. 3) Suivre ce qui appartient au propre et au figuré dans ce double langage. 4) On pourra alors savoir s'il y a une catégorie du «je» et en induire dans quelle mesure le sujet porteur des troubles peut en être aussi l'agent. Cette première approche de l'expression clinique nous conduira ainsi vers le cas type de maladie-langage qui nous occupe dans la concrétude du récit du syndrome d'intolérance post-traumatique.

1. LE DEGRÉ D'EXPRESSION DES SYMPTÔMES

Chaque homme doit apprendre pour son compte à penser et à sentir.

I. Meyerson ¹⁷.

Parole et acte c'est tout un. La puissante, l'énergique affirmation qui assure les cœurs, c'est une création d'actes; ce qu'elle dit, elle le produit.

Michelet 18.

L'homme doit tout apprendre : à marcher, à parler, à agir, à aimer et aussi à être malade. Les cris, les pleurs, les balbutiements des manifestations émotionnelles du nouveau-né prennent forme peu à peu. Il y a une évolution acquise. Dans la petite enfance, montrer ce qui ne va pas en soi n'est pas facile, il faut élaborer les éléments d'une énonciation de la souffrance et de la maladie. L'observation, l'imitation, les jeux, autant d'étapes et de moyens de fabriquer des gestes, des attitudes, d'apprendre à moduler et à ajuster les comportements. Les signes purement et directement corporels sont pauvres et limités. Les signes physiques extérieurs sont ceux de l'inflammation, des modifications de couleur des téguments, les saignements, les enflures et les épanchements, les changements de forme, les oscillations de la température. Les signes physiques internes s'extériorisent à travers les orifices d'entrée dans le corps et les émonctoires. Les signes internes et externes restent imprécis et incomplets, certains symptômes (maux de tête, essoufflements, pesanteurs thoraciques par exemple...) ont des origines diverses. Il a été nécessaire de compléter les données recueillies par les explorations spécifiques de laboratoire et les examens radiologiques. Peu à peu l'apprentissage se fait à travers les affections bénignes ou plus sérieuses de l'enfance, les informations retirées des propos médicaux. Formation très empirique où les signes objectifs et subjectifs se mêlent pour exprimer tel type de fonctionnement ou la perturbation d'un appareil de l'organisme. Mais la connaissance que chacun acquiert du fonctionnement de son propre corps reste très approximative.

Les symptômes sont des signes privilégiés dont on a précisé le sens à mesure qu'on les a constatés, répertoriés, groupés et comparés. On peut ainsi repérer l'apparition d'une maladie par le diagnostic d'un ou de plusieurs symptômes. La clinique médicale, élaborée au cours des deux siècles passés, a été marquée par une conquête de la perception des signes montrés par le corps. On a établi une cartographie, une distribution suivant les repères anatomiques et anatomopathologiques. Le visible

permet d'induire l'invisible. Il y a une trinité de la vue, du toucher, de l'audition, le « regard tridimensionnel » dit M. Foucault¹⁹ (p. 166). L'examen médical, les théories qui s'y rattachent, resteront dominés par le rôle du perceptible et du perçu, par les manifestations des surfaces. Même si les techniques de laboratoire, l'usage des rayons X et de tous les moyens nouveaux d'investigation s'éloignent toujours plus du visible et du directement tangible, le raisonnement inducteur continue à user d'une argumentation reflétant cette pratique première.

Pourtant des faits nouveaux se manifestent, *une pathologie inédite se constitue à travers des situations de vie sans cesse mouvantes.*

Médecins et patients collaborent dans la création d'une énonciation pathologique qui subit peu à peu des changements. Tout signe observé n'est pas obligatoirement lié à une lésion mais bien à une simple modification de l'économie physiologique de l'organisme. La médecine fonctionnelle, la médecine psychosomatique ou cortico-viscérale se sont développées en abandonnant le seul regard des surfaces, pour supposer et induire un autre fonctionnement, caché dans les profondeurs. Une approche médicale différente s'est donc constituée, une exploration de plus en plus médiatisée s'est imposée, véritable regard oblique qui essaie de saisir différemment les rapports indirects entre tel signe et tel type de fonctionnement.

Il faut souligner que les perturbations de l'économie physiologique des énergies sont liées aux types de leurs investissements, à leur utilisation quantitative et qualitative. Ces investissements exigent une satisfaction, une gratification, un plaisir, une jouissance. S'affirmer sain de corps et d'esprit n'est pas seulement jouir d'un bon fonctionnement des appareils corporels et de ses facultés mentales, comme on a coutume de le dire, mais aussi jouir tout simplement - de soi, de sa vie, de ses rapports avec les autres et avec le monde - et dans tous les domaines. Un symptôme fonctionnel traduira donc en premier le fait qu'une certaine quantité d'énergie est devenue mal liée, mal utilisée, qu'elle est détournée de son investissement premier et que cette énergie est devenue disponible pour servir de « matière première » au symptôme (angoisse, douleur, fatigue...). Mais l'émergence de cette énergie - dite souvent « refoulée » - n'est pas directe, *il y a une expression élaborée réellement créatrice, pensons-nous, du symptôme.* Autrement dit, c'est la

fonction sociale, le type et la forme de vie, les mots et les paroles renfermant cette expérience, qui produisent des effets créateurs et l'effectuation en signes. C'est dire que le degré d'expression est très variable et divers et que dans ce domaine chacun fait comme il peut et comme il sait.

Le symptôme, signe en surface, repéré, produit à son tour des effets sur le sujet qui le perçoit et le constate. Les commentaires des uns et des autres modifient ces effets. On assiste ainsi à des effets croisés entre les symptômes et les mots, les symptômes et d'autres symptômes, les mots et les symptômes, les mots et les mots eux-mêmes. Nous ajouterons que les mots venant de soi et les mots venant des autres agissent de façon différente. Mais le travail se fait en surface, sur les bords, là où les agencements transformateurs d'énergie se trouvent liés aux mots, aux attitudes, aux conduites, aux artifices, à la vie sociale. Le paraître, l'expressif ont une fonction créatrice.

2. LE PARAÎTRE ET L'ÊTRE. LES PERSONNAGES ET LA PERSONNE

L'esprit ne fonctionne que dans un acte ou une œuvre réelle. Ces actes et ces œuvres, chaque homme doit les réapprendre, recréer ou créer pour son compte.

I. Meyerson ¹⁷.

Un héros de théâtre consiste dans ses paroles et dans ses gestes. Tout ce qu'il n'exprime pas, n'existe pas.

J. Starobinski ²⁰.

Le donné humain est très mince et peu important; tout est acquis, les maladies comme le reste, surtout ces maladies qui affectent le psychologique, le social. L'homme n'est pas un être isolé, unique, individualisé. Il apprend tout avec les autres. Il sent, il imite, il imagine, il parle, il pense, et l'imitation, l'imagination, la parole, le sentiment, la pensée ont des fonctions dont l'homme est certes le siège et l'agent mais qui s'enracinent dans le social, dans l'histoire. *Le paraître* est avant l'être et encore faudrait-il savoir ce qu'est l'être hors du paraître. Le paraître est un ensemble de fonctions complexes, une production sociale,

il comprend les us et les coutumes, les traditions et les mœurs, les habitudes et les manières d'être, tous les comportements qui traduisent l'appartenance à un milieu, à un pays, à une époque puis à une famille, une cellule ou un groupe caractérisé par certains traits dominants. La vie est théâtre avant toute chose, figuration, jeu de rôles, monde d'artifices. Le langage, la parole, les particularités de la langue, l'expression orale, gestuelle, écrite, se font avec les autres, par les autres, pour les autres. *L'inter-action* est constante mais cette interaction ne va pas de l'un au multiple, *elle s'exerce au sein d'un multiple où l'on peut se singulariser sans pour autant devenir singulier*, sans être à part de son ensemble. On conserve en soi tout ce qui vient des autres, des objets, des choses, des lieux. Même l'affectivité, ce qui semblerait le plus intime, le plus secret, n'est que faussement intime et secret; on a appris à rire et à pleurer, à mouler les gémissements et les rythmes de son contentement pour les rendre sensibles aux autres, pour les faire entrer dans une tranche d'affectivité commune aux autres qui pourront déceler le sens de ce rire et de ces pleurs. Même les variations individuelles peuvent être retrouvées, regroupées en classes et sous-classes, suivant certains traits proches ou même se chevauchant. Le monde social et historique environnant conditionne, assure la production de ces comportements qui, à leur tour, font partie intégrante du monde.

On a pu essayer de scinder l'individu en deux parties : *le personnage* ou les personnages (qui comprendraient tout ce qui ressortit au social, au milieu) *et la personne* (qui renfermerait le quant-à-soi, à savoir la totalité de l'être, ses personnages et aussi ce monde, dit intérieur, subjectif, y compris ce qui lui est caché et inconscient). Nous verrons qu'en réalité tout appartient d'abord au personnage ou aux personnages et passe par eux.

La nature de l'homme consiste à s'inventer, à assimiler ce qu'il perçoit chez les autres pour se rendre accessible à eux et cela de plus en plus pour tous les actes. I. Meyerson a souligné ce passage du personnage à la personne : « C'est dans cet ensemble (les actes de l'homme dans le monde social) fait de tant de parties souvent mal unifiées que surgissent les sentiments du moi, sentiments d'existence, de valeur; d'originalité, d'intimité; les préoccupations de soi-personne, de la ligne personnelle. L'analyse classique unifie dans le *moi* puis dans le *je* ces sentiments et en fait le point de départ de notre activité » ¹⁷ (p. 155, n.s.).

Le personnage prend corps surtout dans et *par le récit*, que ce récit soit extérieur ou subjectif. Quand on essaie de voir ce qui a été fait, ce qui s'est passé, ce voir est un récit plus ou moins formulé que l'on se fait à soi-même. L'introspection, la rétrospection sont avant tout récit mental qu'on se fait et que le plus souvent on fait à quelqu'un d'autre, mentalement en soi. Tout a été appris. On est devant une suite d'actes, placés dans un certain ordre, ayant une certaine signification. I. Meyerson écrit à propos du récit : « Le récit, peut-être tout récit, est une condensation, une dramatisation, une mise en scène - et, par voie de conséquence, une personnalisation -. Dans l'action il n'y a que des actes; le drame réclame des personnages, des protagonistes. Créer un personnage principal, ici facilement le "je", est un des artifices dramatiques. Par lui l'action paraît prendre plus de style parce qu'un plus grand nombre d'actes se groupent autour de la même source. La connaissance incomplète des événements, qu'on a nécessairement vus dans une perspective étroite, favorise aussi dans le récit, une dramatisation à type égocentrique. Ces remarques valent surtout pour le récit improvisé, non critiqué. La critique, qui peut d'ailleurs venir vite, rectifie la perspective. Mais, à la limite et dans la mesure où on peut les séparer, le récit est plutôt le domaine du personnage, la personne est dans l'acte même » ¹⁷ (p. 156).

3. LE PROPRE ET LE FIGURÉ

Toutes les formes nous parlent.
Nietzsche ²¹.

L'être et le paraître s'enracinent dans l'avoir et ce sont les variations de cet avoir, dans sa chair intime, qui se constituent en symptômes. Les modifications de l'économie du jouir et de la puissance sont le matériau, la trame profonde, le propre des symptômes. Mais il est impossible de retrouver l'expérience originelle dans la fraîcheur native qui correspondrait à l'éclosion des symptômes. Tout est figuré; métaphores et métonymies se répliquent et forment des cycles. Si tel symptôme peut être rattaché en surface et de façon directe à un propos et par là à une situation donnée, ces rapports figurés ne sont pas toujours évidents. « Lorsque nous parlons du langage des choses ou du

livre du monde, il nous faut bien retenir que les choses et le monde peuvent être un langage mais *n'ont pas de langage*», écrit N. Grimaldi ⁷ (p. 396) qui précise : «Les choses ne veulent rien dire... c'est nous qui les faisons parler» ⁷ (p. 397). Le «propre», le naturel sont absorbés par le travail des images, des représentations, des mots. Tout devient conventionnel.

Les choses désignées échappent à leur désignation. Il y a un glissement, des mutations, une création continue qui suit des courbes capricieuses. Le propre et le figuré ne coïncident pas, dans la mesure où le premier est travaillé par le second. C'est pourquoi la production des symptômes est souvent mise en cause. On voudrait séparer ce qui appartient à telle série de ce qui appartient à telle autre et, dès qu'un signe apparaît qui «se trompe» de série, on crie à l'intervention volontaire et à la simulation. En réalité, il n'y a pas de signes propres, *tous les signes sont figurés* et il peut y avoir déplacement, substitution ou condensation sans que, pour autant, les conventions en soient trahies.

Il n'y a pas de séparation entre le normal et l'anormal, le vrai et le faux, le narcissique et le non-narcissique, mais coupure transformatrice dans les rapports qui s'établissent entre les diverses formes du paraître; le sujet, à un moment donné, perd la possibilité de se «retrouver» face à lui-même et face aux autres, d'établir un dialogue. Chacun souhaite être capable de faire face, et il est, de ce fait, évident que s'il y a maladie-langage c'est parce que le malade a déjà «perdu la face». On ne peut dire que les malades se réfugient dans la maladie pour ne pas faire face, ou pour ne pas la perdre. S'il y a maladie, celle-ci correspond à une baisse de la potentialité de l'avoir.

Les effets de récit «métabolisent» le sujet, l'enferment irrémédiablement dans les filets métaphoriques des symptômes. Les langages se recouvrent l'un l'autre et le patient n'arrive plus à retrouver sa personnalité propre, première, celle que du moins il croyait être la sienne.

4. LA CATÉGORIE DU «JE»

Qui est ce «moi», ce «je», si facilement mis en avant, apparaissant comme individualisés et autonomes ? I. Meyerson cite P. Guillaume : «Le "je pense" est un phénomène tardif. Nous

parvenons au "je pense" par les étapes du "il pense" et du "je pensais".» ²². On pourra peut-être dire que le "je sens" est plus facilement assimilé par l'être humain, dès l'enfance.

Freud, les psychanalystes (freudiens et non freudiens) accordent une grande importance à l'individuation affective à travers le jeu des mécanismes dits d'identification vis-à-vis des images parentales. Baldwin a décrit un «stade du miroir» qui serait le début de l'élaboration d'une image de soi, étape fondamentale pour la structuration de la personne (repris par Lacan ²³). Les divers rôles joués par les protagonistes de la constellation familiale donnent consistance à la partie individuelle qui évolue par stades ou par «crises», en fonction du milieu social et historique.

C'est l'accès au symbolique qui marque l'entrée dans l'humain. On n'est «soi», «je», que par les rôles que l'on joue, les fonctions sociales que l'on représente et exécute. C'est l'appartenance à un milieu, à un groupe qui caractérise l'individu. Le «je» en est tributaire. L'accueil des autres, l'image que, de nous, ils nous renvoient, leurs attitudes, contribuent à le délimiter. L'homme, son «je», est un ensemble de liens de médiation.

III. LA MISE EN FORME CLINIQUE DE LA MALADIE-LANGAGE

Il a fallu aussi ouvrir le langage à tout un domaine nouveau : celui d'une corrélation perpétuelle et objectivement fondée du visible et de l'énonçable... la formule de description est en même temps le geste de dévoilement...

M. Foucault ¹⁹.

L'accident a expulsé l'individu hors de l'espace qu'il occupait, hors de son orbite socioprofessionnelle et aussi hors du périple des habitudes de vie reconnues comme dénotant un état de bonne santé. L'accidenté devient celui qui est traversé par toute une série de signes qu'il n'attendait pas et dont il ne voulait pas.

Il assiste à la mise en œuvre d'une énonciation morbide qui va (dans la mesure où il sera trop fidèle à cette énonciation) faire de lui un véritable malade porteur d'un énoncé pathologique propre.

1. L'ÉNONCÉ SINGULIER DU SYNDROME D'INTOLÉRANCE AU TRAUMATISME

a. Les débuts de la « mise en forme » de la trame du récit

Chacun craint la maladie, les accidents, la douleur, la souffrance, et en arrière plan la mort. On s'attend au pire mais sans y croire réellement, et un jour c'est bien de soi qu'il s'agit : c'est l'accident, la maladie. Il reste maintenant à faire l'apprentissage de la situation de malade. Comment le blessé perçoit-il les messages et les indications, comment les symptômes vont-ils prendre forme ? Telle est la question. Pour *la douleur*, c'est facile. Tout le monde a quelque peu souffert ou vu souffrir, archétypes inscrits dans la chair meurtrie du passé de l'espèce. Face au choc et à la douleur première, la réponse peut être une mise transitoire hors situation traumatique, puis le questionnement en soi s'amorce rapidement et tout commence à s'organiser autour de la blessure. Le récit s'esquisse. Comment est-ce arrivé ? Que s'est-il passé ? On ne sait pas très bien. Mais on oublie que l'on ne peut pas ne pas savoir. D'autres ont vu, ont compris, et ils vont le dire pour aider au déroulement du récit et permettre une narration suivie. Puis le médecin va clore le premier circuit narratif. Ce sera telle fracture : « Vous avez de la chance, tel nerf ou tel muscle n'a pas été touché. » On a toujours de la chance dans ces cas-là, la blessure s'arrête irrémédiablement avant le stade suivant, toujours plus grave. Le blessé est rassuré, les indications thérapeutiques sont précisées, l'intervention matérialisée en tout cas : coups de bistouri, douleur et sang, anesthésie parfois, pansement, plâtre, zone immobilisée, protégée et signalisée pour soi et pour les autres. La durée de l'arrêt de travail est fixée, les prescriptions à suivre aussi. La rencontre du mal et de l'homme se délimite. L'événement est renvoyé à la seule série de la morbidité traumatique. Tout est bien lié. La situation et le sujet, le corps et l'atteinte qu'il vient

de subir, les soins médicaux et les plaies à soigner. On en parle de moins en moins, la blessure refuse aussi d'en parler, ne veut pas qu'on parle d'elle. Les choses rentrent dans l'ordre. Le détachement de soi, du monde, a été provisoire, limité, circonscrit. Le singulier est réabsorbé par le tout et continue son chemin parmi les autres singularités. Tout aspire à revenir au tout d'avant.

Parfois l'énonciation morbide se poursuit, les complications surviennent. Bientôt, entre le tableau clinique dans sa coloration psychopathologique et l'événement déclenchant le rapport est si lointain, si distendu qu'on ne le retrouve plus. Seul, l'accidenté continuera à répéter inlassablement : « C'est depuis ce jour-là, c'est depuis ma blessure, c'est depuis mon accident. » Et il y aura pour lui un avant et un après, linéaires, irréversibles.

b. Le récit suit son cours

Lorsque l'évolution accroche, d'autres signes déjà codifiés apparaissent. Il n'y a pas invention. Il n'y a pas de signes « sui generis », mais utilisation d'une sémiologie banale, connue : la fatigue, les algies, les raideurs musculaires, les forces qui s'affaiblissent, l'inquiétude, l'angoisse, la tristesse, tout un cortège de variations sémiologiques sur un fond asthénique et dépressif. Le médecin s'interroge. Quel médecin se réjouirait de constater que son malade ne va pas mieux ? Ses soins seraient-ils pris en défaut ? Personne n'accepte pareil doute. Et les exigences de ce malade seront vite jugées exagérées. Le dialogue avec celui qui souffre n'est pas direct. Le mal possède une énonciation très ancienne. Les symptômes sont là, tangibles, ils n'ont obéi à aucune suggestion. Seule leur forme peut se modifier. On en appelle à la plasticité du « malade », mais le mal existe, profond. Et le dialogue se fait entre une énonciation vieille comme le monde et le mal, sourd, accrocheur. Tout se gèle. Des propos sibyllins, aigre-doux, vexants parfois sont prononcés, des reproches aussi. Ces patients ont apparemment si peu de chose qu'on met tout en doute ; la suspicion vient vite. On les adjure de faire preuve de « bonne volonté ». La morale guette et on fait la morale à ces patients. On essaie les invigorations. Il faut mettre les gens en face de leurs responsabilités et de leurs devoirs. Tout le monde intervient, le médecin traitant et

le médecin conseil, l'épouse et l'assistante sociale, l'employeur lui-même qui attend souvent le retour de cet ouvrier si consciencieux, respectueux de son devoir, fidèle, donnant toute satisfaction. Que se passe-t-il donc ? Et le patient non seulement souffre, mais bientôt il aura honte, il se sentira coupable et pourtant il ne pourra aller mieux ²⁴.

A ces interrogations à double sens, aux décisions bientôt prises de lui couper les vivres pour l'inciter à reprendre le travail et faire cesser la « comédie », peuvent s'ajouter parfois des propos bien plus inquiétants qui mettent en cause les soins reçus. Le sujet n'acquiesce peut-être pas totalement, mais la suspicion se fait jour et le doute peut s'étendre jusqu'aux soins actuels, probablement pas plus efficaces. Le patient se sent victime des « mauvais soins et des mauvais mots ». Tous ces propos relatifs à la maladie ou aux thérapies s'associent en une même énonciation complexe, et, mal attribués, ils rendent les discours obscurs. Les mots perdent leur filiation et s'appliquent au hasard des rencontres. Les propos et les faits ne coïncident pas.

Ce faisant le récit se poursuit, ainsi que les voies d'expression utilisées et qui sont elles-mêmes créatrices.

c. Les formes et les signes de l'énoncé

Ce que nous avons appris des rapports de l'expérience et de l'esprit, l'un se faisant par l'autre, s'applique à l'expérience sociale, au fait « social ».

I. Meyerson ¹⁷.

La mise en forme des symptômes ne se fait ni d'emblée ni en bloc. C'est une suite ininterrompue de variations autour des motifs de la fatigue, de la douleur, de la dépression. Ce mélange de l'homme et de son accident est plus ou moins bien supporté. Ceux qui supportent le mieux les contraintes risquent aussi de mieux endosser cet événement malheureux, de l'attirer à eux, de le faire leur. L'objectivation clinique sera le résultat de ce pathologique bloqué, dévié en quelque sorte, pour lui permettre d'exister autrement.

- * Le glissement des symptômes :
déplacements, substitutions, condensations

L'objectivation emprunte des voies à la fois directes et indirectes. Tel signe direct - la douleur du choc sur un point du corps - devient ensuite moins direct, il peut disparaître et glisser ailleurs : le mal se porte sur l'épaule et non plus sur le doigt blessé, puis par extension, par contagion des surfaces, tout le bras fait mal, le corps entier est enfin plus ou moins parésié, ankylosé, figé dans une attitude pénible. *Glissement des signes, déplacement*, production indirecte qui se colore de tonalités éventuellement suggérées par le questionnement médical. Il faut bien faire préciser le siège, la forme, l'intensité de la douleur, et le sujet, s'il est un « bon » malade, se doit de collaborer, de dire oui ou non, de nuancer ses appréciations, suivant que ce discours pénètre en lui avec plus ou moins de subtilité. Il y a aussi tout le *rôle des propos entendus*. Tel camarade raconte que pour un coup analogue (les troubles sont toujours analogues; une diffusion-association presque magique s'étend entre ce qui arrive aux autres et ce qui se passe pour soi), un de ses copains a eu ceci ou cela et on lui a fait ceci plutôt que cela. On ne trouve jamais le malade vierge et pur qui produit ses symptômes suivant un trajet, un débit, une suite logiques. L'histoire est plus complexe. On peut déceler chez ces sujets *comment se reflète l'énonciation*, quel est le degré d'absorption-résorption, l'indice de réfraction entre ce qui est retenu et ce qui est délaissé. Le oui et le non sont des variables qui se fixent bientôt et il sera désormais difficile de les déloger. Le non, en particulier, a une méchante force qui refuse de se laisser décamponner.

C'est un état d'expérience permanent pour le sujet, pour le médecin et pour les troubles. Des substitutions sont possibles, sans mobilité excessive toutefois, les symptômes ne sont pas aussi capricieux qu'on a pu le croire. Tout obéit à une autre logique qui semble de plus en plus illogique. Bien sûr on peut introduire des rapports hors champ; le circuit peut passer à travers un « refoulé » bien ignoré, représentations inconscientes chargées de messages qui transportent secrètement l'information à l'insu de chacun, et tel qui s'est fracturé le calcaneum ne se plaint que de son genou ou de sa hanche, alors que le pied est guéri. D'autres conversions inédites sont possibles : tout peut faire partie de cette énonciation du pathologique qui baigne

les sujets. Le réseau de la pathogenèse sémiologique passe par le dehors et par le dedans en même temps, les circuits sont animés par des représentations, des souvenirs, des propos ; ils obéissent aussi à des remaniements des énergies, le symptôme traduisant une longue histoire à demi visible où vient affleurer le pouvoir du réactif. Mais l'histoire n'est pas que subjective, incluse et cachée dans le sujet. Le décryptage ne suffira pas à renverser les faits. Lever le voile, démasquer, mettre à nu peut au contraire déconcerter, renforcer les attitudes pathologiques, permettre à l'énonciation de mieux s'incruster pour favoriser la production de l'énoncé et le renforcer.

Il y a *transposition des registres*. Un registre peut être utilisé longtemps, avec points d'orgue persistants et pénibles, avec *condensations*. Et une douleur perdure sur la zone blessée malgré l'apparente restitution anatomique. L'énoncé clinique emprunte ses matériaux à ce qui existe déjà, à ce qui a déjà été formé et il prépare en même temps ce qui pourrait suivre. Une forme renvoie à une autre forme, suivant des mécanismes de passage inapparents de la profondeur vers les surfaces et vice versa. La narration se nourrit du double détachement enregistré, détachement de la partie contusionnée par rapport au corps, détachement de l'individu par rapport au monde qui était jusque-là le sien. Opérations se tramant dans un travail silencieux et pré-verbal.

* Le travail du silencieux et du préverbal

... dans l'étude de l'esprit comme ailleurs, l'histoire ne voit que des états, jamais le passage. Cependant c'est le passage qui l'intéresse : le rapport entre les états et la direction de la marche.

I. Meyerson ¹⁷.

Peut-on penser avec Korzybski ²⁵ que se poursuit aussi un travail du non-verbal, du non-signalisé, du non-encore-devenu-signe et qui s'alimenterait alors plus directement dans le réactif ? Ce sont les murmures d'une dynamique nerveuse prête à éclater lorsqu'on s'y attend le moins. Quelque chose de ce genre se produit à partir d'un point d'impact traumatique. Il s'agit bien en effet de création et de création actuelle, faite de matériaux

multiples et dont le travail reste ancré dans l'actuel. Le virtuel n'est utile que lorsqu'il s'actualise pour revêtir une forme, pour exister, somme toute. Et c'est dans le signe apparu que résidera l'objectivation de ce qui n'était que potentiel. Ce qui devient dicible, ce sont les signes et les symptômes qui empruntent leur existence à l'énonciation pour former un énoncé spécifique, analysable.

2. RÉCIT ET MODULATIONS INDIVIDUELLES

Nous allons reprendre l'observation concernant Enrico pour souligner, dans une perspective psychopathogénique, ce qui a contribué à l'élaboration du syndrome. Ensuite, nous parcourons d'autres observations pour montrer les variantes de la mise en forme clinique.

a. Le syndrome d'Enrico

Le récit d'Enrico, on l'a vu, cherche à mettre en relief le fait, pour lui primordial, que les soins du début ont été trop rapides, insuffisants, inefficaces. C'est dans la première rencontre avec le chirurgien que cela s'est joué. On ne peut pas parler, pour lui, de peur ni d'inquiétude réelles. Il a été déçu, et cette déception, nous avons pu le constater rétrospectivement, venait recouvrir une bien plus grande déception, celle d'avoir eu un tel accident. Son discours va ressasser « ces mauvais soins ». On peut accorder une valeur certaine aux remaniements neuro-végétatifs provoqués par la blessure : douleur locale, insomnie, remaniements émotionnels. Dès cet instant, la blessure est déjà double : sur le doigt et dans la personne. La combinaison déception-mécontentement est aggravée par la résonance émotionnelle attenante.

Objectivement, si les soins chirurgicaux étaient très certainement suffisants, les soins médicaux ont peut-être été trop sommaires et la prise en charge psychothérapique (propos explicatifs ou rassurants du chirurgien) nulle. Un mauvais « mélange » est intervenu avec le chirurgien. Enrico répétera de nombreuses fois au cours des entretiens : « Et il ne m'a donné qu'un suppositoire ! » Sans entrer dans le jeu d'une interprétation purement psychanalytique trop simple, qui renverrait la production des

troubles au réveil d'une homosexualité latente, disons que cet objet et son représentant verbal ont fait partie des « matériaux » de ce récit symptomatique. Ledit suppositoire a d'abord été inefficace et insuffisant; puis pourquoi prescrire « un » seul suppositoire ? Enfin une telle forme d'administration thérapeutique a-t-elle été bien acceptée ? *La répétition de ce mot en fait un mot-valeur*. On devine qu'Enrico s'est senti rejeté, juste bon pour recevoir un suppositoire. Est-ce un mot-signal ruminé, comme s'il charriait un mépris mal déguisé, une résonance mnésique archétypique pour cette partie basse du corps ? Ce « message » a-t-il été décodé rétrospectivement, comme si le chirurgien avait pu dire : « Ca va bien comme ça, tu nous fait c..., ou va te faire f... » ? On peut retenir ces « interprétations », vu la persistance du vocable dans le récit. Toujours est-il que huit jours après, Enrico se présente au chirurgien avec un double repliement de la main sur l'avant-bras et de celui-ci sur le bras et vers la poitrine, le tout très raide, ferme et fermé. Peut-on parler de « crampe hystérique », de repli fonctionnel obéissant à un mécanisme de conversion ? Peut-être. Il faut rappeler que pendant ces huit jours, trois facteurs supplémentaires sont intervenus : les propos sceptiques des frères l'encourageant à consulter un médecin déjà « connu »; les mots peu rassurants de celui-ci; enfin l'absence d'une attitude réconfortante et positive de la part du chirurgien lors de la consultation de contrôle, le surlendemain de l'accident. Aussi toutes les séances de soins qui vont succéder resteront-elles marquées par ce climat de méfiance et de doute. Ce qui est fait par le chirurgien et ce qui est prescrit par lui lorsqu'il délègue ses pouvoirs aux kinésithérapeutes restera inefficace.

Nous n'avons pu savoir pourquoi Enrico n'a pas changé immédiatement de centre de soins. Il disait : « Je ne sais pas. Je croyais toujours que ça allait aller mieux... J'attendais... » Inhibition ? Timidité ? On sait qu'Enrico s'était montré audacieux et entreprenant pour quitter son pays, apprendre ce métier d'électricien qu'il voulait exercer, s'adapter en Suisse d'abord, à Paris ensuite. Peut-être cette passivité faisait-elle déjà partie du syndrome, extériorisant un manque d'élan qui ne fera que s'accroître, traduisant l'orientation réactive des énergies. Y a-t-il eu phénomène de fascination ? Bien que sachant ce lieu néfaste pour lui, il ne peut s'en éloigner. C'est possible. Enrico reste indifférent et passif devant les décisions prises. Il les trouve toutefois injustes

puisque, n'étant pas guéri, il ne peut reprendre son métier. Cette profonde insatisfaction ne ressortira que plus tard, lorsqu'il fréquentera le centre de soins psychiatriques. Là, les alliances changent de camp, peu à peu et à mesure que le bras se déplie, la tristesse du mécontentement se dissout.

Sans doute, les attitudes peu encourageantes des frères constatant que « les choses traînent » ont-elles contribué au développement du processus. De même les interventions du médecin de famille, critiquant les soins donnés par le chirurgien, ont sans doute été légères et inquiétantes. Rappelons qu'Enrico lui a entendu dire : « On aurait dû te couper le doigt ». Probablement cette menace de castration n'a-t-elle pas été aussi terrible ; ce médecin a dû évoquer l'éventualité de l'amputation de la phalange écrasée, mais ces propos n'étaient-ils pas malgré tout un peu inconsidérés, puisque ce garçon a pu récupérer totalement son pouce d'abord, son bras ensuite ? On peut retenir encore la relative dureté de l'attitude du médecin conseil qui impose la consolidation et enfin la situation de pénurie financière à laquelle Enrico se trouve acculé et qui l'oblige à travailler comme « mousse ». Toutes ces incidences ont pu peser négativement et favoriser la décompensation névrotique. Ce sont là des effets des pouvoirs qu'Enrico a dû affronter et qui se sont retournés contre lui.

Cependant on peut penser que le fait primordial se situe dans l'événement traumatique lui-même. Puisque c'était si peu de chose, il était naturel que tout rentre dans l'ordre dès les premiers soins ! Or Enrico n'a jamais accepté ni le fait de l'accident (il s'est senti vexé, trahi par son système personnel de sécurité, délogé de son impression de maîtrise de lui-même, d'auto-suffisance) ni l'inefficacité des soins, ni les conséquences de la blessure (douleur, signes inflammatoires et neuro-végétatifs). Et, même lorsque, sur le plan chirurgical, une évolution favorable est obtenue, celle-ci intervient trop tard pour effacer la double déception subie et permettre de « refaire » le terrain pour surmonter les effets propres à l'accident et aux soins. Peut-être aussi, ce sujet s'est-il senti plus perturbé qu'il n'y paraissait par l'atteinte tissulaire et par l'éloignement, imposé par l'accident, hors des « zones géographiques de sécurité » (suivant l'expression de P. Sivadon) qui étaient les siennes, c'est-à-dire son lieu de travail, les paramètres habituels où se déroulait sa vie.

A ce point de l'évolution, l'élaboration du syndrome névrotique et dépressif s'est imposée comme une nécessité. Long parcours psychopathologique, doublé d'un récit monotone et répétitif par lequel Enrico fait remonter l'origine de ses troubles à l'accident et aux mauvais soins, le tout condensé autour du fameux vocable «un suppositoire». Ce mot-valeur permettait de critiquer constamment la séance inaugurale des soins et de trouver sinon une issue, du moins une explication à ses malheurs. Il mettait aussi l'accent (en retenant l'attention sur ce moment-clé du processus) sur l'accident (puisque sans lui rien ne serait arrivé !), c'est-à-dire sur l'événement qu'il représentait réellement pour le blessé. Ce sont toutes ces manifestations non attendues qui donnent sa véritable valeur à cet événement : il deviendra tel par la force du récit qui rétroactivement lui donne existence. Le processus se poursuit jusqu'à ce qu'un détour soit devenu possible pour introduire l'oubli des faits concrets relatifs à l'accident. Alors les alliances d'Enrico avec lui-même se modifient; *il apprend à «fonctionner» dans un autre régime d'échanges vis-à-vis de la psychothérapie d'abord, de la société ensuite, du travail enfin et parvient alors à se rejoindre lui-même.* Une fois ce long parcours hors-temps abandonné, Enrico peut rentrer dans l'histoire : la sienne et celle des hommes qui travaillent.

b. Autres récits

Observation n° 1. Jean, 50 ans, militaire de carrière, adjudant-chef, blessé en mission. C'est donc un accident du travail, un accident professionnel. Éclats d'obus dans l'abdomen. Pas d'atteinte nerveuse, pas de commotion cérébrale. L'ablation du rein droit est nécessaire. Congé de longue durée pendant 18 mois. Aucune suite sur le plan rénal; il resterait (on le lui aurait dit) un éclat d'obus dans un corps vertébral, éclat qui a déjoué toute exploration clinique et radiologique. Lorsque Jean s'apprête à reprendre son travail, son poste dans l'armée, les autorités militaires lui conseillent de prendre sa retraite proportionnelle (nous sommes en 1946) et lui accordent en plus une pension de 80 % pour indemniser les *séquelles* de la blessure (la néphrectomie). Il va donc travailler «dans le civil» et trouve immédiatement un emploi d'inspecteur dans une entreprise de chauffage où il avait travaillé autrefois. Aucun problème

financier donc. Épouse au foyer, un grand fils en bonne santé.

Le passé pathologique de Jean est vierge. «J'étais un amour de gosse», dit-il. D'origine paysanne modeste, il couve le rêve, dès l'enfance, «d'aller dans l'armée». Il s'engage à 18 ans. On apprécie «sa droiture et sa vivacité». Mariage à 21 ans. Tout va bien. Puis conflit avec un adjudant-chef : «Je voyais trop la vérité et je n'ai pas su me taire...». Aussi se retrouve-t-il dans le civil à l'âge de 23 ans, en 1933, sans travail, sans aide aucune, très déçu. Il s'accroche et finit par entrer comme manœuvre dans une maison de chauffage, celle-là même qui l'emploie actuellement. Cependant, il ne peut se résoudre à travailler dans le civil ; il ne veut pas accepter son exclusion de l'armée. Il revient à la charge, multiplie les démarches et, ses états de service étant excellents, on le reprend à l'essai pour six mois. «J'ai tout fait pour y revenir et m'imposer... J'étais un portedrapeau, un fanion, un exemple permanent, le premier discipliné...» Il est nommé sergent. «J'ai réinventé les méthodes de l'armée. J'ai fait mien tout ce qui s'y faisait. Je le faisais partager aux autres. J'étais aimé par mes hommes.» Il devient adjudant-chef. Les campagnes de la guerre 1939-1945 se passent bien jusqu'à la fin, en Italie, où «lors d'une opération de nettoyage, ce fut la blessure, la seule d'ailleurs».

En 1946, il commence donc simultanément et son travail «dans le civil» et à se plaindre et à fréquenter les médecins militaires. Il se sent triste, fatigué, se plaint de douleurs lombaires et abdominales. Les examens, plusieurs fois répétés, ne montrent rien. L'état rénal est parfait. Jean continue néanmoins son travail qu'il ne quittera jamais. La dépression s'accroît, les autres troubles aussi. Les médecins militaires le dirigent assez rapidement vers la consultation de neuropsychiatrie où il est suivi sans succès. On le suspecte de simulation ou du moins «on pense qu'il exagère», dit-il. Sa femme et son fils suivent le pas. Aussi reste-t-il triste, malheureux, de plus en plus renfermé sur lui-même, «à ruminer sans cesse», ajoute-t-il.

En consultation de psychopathologie du travail, il raconte longuement tout ce qu'il a vécu, subi et ressenti. «C'est le travail dans le civil qui ne va pas... Il n'y a aucune discipline, chacun fait comme il veut et quand il veut. Je ne peux pas supporter ça !» On fait préciser le début des troubles : «Oh, mes préoccupations ont commencé bien avant de quitter l'armée. Aussitôt après l'accident, j'ai compris que ce ne serait pas grave, qu'il

n'y avait aucun danger pour mes jours. Par contre j'ai commencé à me demander si on voudrait de moi dans l'armée quand je serais guéri. Je n'ai rien dit à personne. Puis, lorsque j'ai vu que les médecins n'étaient pas francs, j'ai compris qu'ils voulaient me bazarder... Alors ça a été terrible. Pendant six mois, je ne savais pas si je serais fille ou garçon (sic). Puis ils m'ont réformé et j'ai été obligé d'aller dans le civil.» Il ajoute de lui-même pour dissiper tout malentendu : «Remarquez que je n'ai pas à me plaindre. Je gagne bien plus que dans l'armée... J'ai mon salaire, ma retraite et ma pension à 80 % et tous les soins gratuits... Mais cela ne fait rien, je n'arrive pas à m'y faire à cette vie sans discipline !»

La psychothérapie s'engage. Jean raconte facilement sa vie, ses troubles... Une communication s'établit. Le récit se fait plus riche. Jean expose combien les décalages intervenus dans son style de vie ont été durs pour lui, et aussi quelle étrangeté il a ressentie dans ses relations avec les médecins : «Ils ne me croyaient pas; ils pensaient toujours que j'exagérais, que je dissimulais, que je mentais même... Un jour, il y en a un qui me l'a dit tel quel !» D'autant qu'il se sent suspecté aussi par sa femme et son fils. Il est comme traqué psychologiquement et de plus en plus replié sur lui-même. Enfin il finit par dire, au bout de plusieurs séances : «Voyez, ce qui me préoccupe le plus, c'est d'avoir une "séquelle" (sic) grave qui soit passée inaperçue... un cancer par exemple, qui évolue là où on m'a enlevé le rein... Je sais bien que cela remonte à l'accident, si je n'avais pas été blessé, tout cela ne serait pas arrivé.» Or l'accident avait eu lieu seize ans auparavant.

Une amélioration se dessine peu à peu, qui devient nette lorsque les autorités militaires reconnaissent un rapport entre les troubles et la blessure, et que la pension est portée à 100 %. «Voyez, dit-il alors, de l'argent j'en avais plus qu'assez... mais je voulais qu'ils reconnaissent que j'avais bien quelque chose et que cela remontait à la blessure !»

Dans cette observation, on voit le récit verbal se développer et se mêler à celui des symptômes. On peut penser que la blessure et la néphrectomie avaient «affaibli» cet homme et que le passage de la vie militaire à la vie civile l'avait totalement désarçonné, brisé dans ses espoirs de vie. Mais, à côté de cela, en arrière plan, le symptôme-clef est la crainte de voir l'hypothétique «séquelle», le vide laissé par le rein, pleins d'autre

chose. Le processus narratif a comme toile de fond la blessure, cet instant unique où tout a chaviré dans sa vie, événement qui a signé un changement irréversible. Et c'est à partir du moment où Jean a su que ce changement devenait irrémédiable que le syndrome psychopathologique a commencé à se développer. Long récit qui nous a amené à retrouver et à reconnaître ce «vide», à mettre en évidence cette coupure qui s'était emplie d'un discours monotone et répétitif de symptômes dépressifs destinés à extérioriser le ressentiment. Il semble que le mot-savoir «séquelle», entendu au cours des séances de soins ait joué le rôle «d'oscillateur sémantique». Le terme scientifique est devenu un mot-valeur, chargé d'affectivité. Ce vocable ne sera pas souvent évoqué ouvertement mais, intériorisé, il continue à agir. Ce mot recouvre le «vide» viscéral laissé par la néphrectomie. Jean craint ce vide, signalé et remémoré par l'hypothétique séquelle. La détente n'interviendra que lorsque le récit psychopathologique aura obtenu satisfaction : celle d'être écouté et pris en considération, ce qui lui permettra enfin de se dissoudre.

Observation n° 2. Pierre, 34 ans, chef d'équipe en maçonnerie. Alors qu'il travaillait dans un aéroport, le souffle produit par un avion à réaction a soulevé la tôle sur laquelle les ouvriers faisaient le mortier. Il a perçu simultanément le vrombrissement de l'avion, le souffle et le choc de la tôle sur le dos, les épaules et la nuque, choc qui le plaque contre terre. Pas de traumatisme crânien ni de lésion nerveuse. Aucune fracture. A l'infirmerie, on soigne une plaie superficielle à la base dorsale du cou, entaille provoquée par le bord de la tôle. Très peu de sang. Douleurs vives. Résonance émotionnelle forte. On prescrit des calmants, des anti-inflammatoires, des antibiotiques, et on fait immédiatement du sérum antitétanique. Dans la nuit, onirisme, réactions œdémateuses au sérum et aux antibiotiques; ces réactions durent quatre jours. Localement tout devient normal et au quinzième jour, le médecin traitant propose la reprise du travail. Mais le blessé se sent fatigué, endolori, dort mal, réclame encore du repos. Rapidement, l'épouse trouve que «ça dure trop». Au quarantième jour, Pierre reprend son travail, au même lieu, dans ses fonctions de chef d'équipe.

Cinq semaines plus tard, il se sent à nouveau fatigué, insomniaque, déprimé; il a mal au dos et aux épaules. Le praticien

n'observe rien de particulier et l'envoie en consultation de rhumatologie. Le rhumatologue ne trouve rien non plus mais prescrit un anti-inflammatoire (butazolidine) en injections intramusculaires. Dès la première piqûre, le soir même, apparaît un épisode d'excitation onirique (ces réactions existent quelquefois) de faible intensité mais générateur d'angoisse. Tout disparaît dès le lendemain; on arrête la butazolidine. Pierre reprend le travail tout en pratiquant de la médecine physique; dès la cinquième séance, Pierre refuse de continuer ce traitement sous prétexte que massages et élongations « le rendent encore plus malade ».

Ce deuxième arrêt de travail, les absences exigées par les séances de soins sont mal tolérés par l'entreprise *qui décide de lui conserver son salaire mais de lui enlever ses responsabilités de chef d'équipe*. Il sera simplement boiseur. Tout en continuant ce travail, Pierre devient de plus en plus triste, maussade, perd peu à peu son entrain. Il n'ose même plus se plaindre. Lors de la visite en médecine du travail sur le chantier, le médecin l'envoie à la consultation de psychopathologie.

Il y est examiné six mois après l'accident. Le tableau clinique est le même : épuisement, algies, insomnies, très forte irritabilité et maussaderie. Pierre est très mécontent, de lui et des autres. Il ne peut pas parler. On sent chez lui une forte vibration émotionnelle, tout bouillonne intérieurement. Rien à signaler sur le plan pathologique avant l'accident. Peu à peu, au fil des entretiens, grâce aussi au traitement médicamenteux anxiolytique, il devient plus bavard. « J'ai eu en réalité très peur, dit-il, il y avait un trou à côté de moi, lorsque la plaque de fer m'a renversé, elle aurait pu m'y projeter... J'ai failli me tuer ! » Il ajoute : « J'y ai pensé tout le temps, immédiatement après, dès que je suis allé à l'infirmerie, le soir quand je divaguais... plus tard quand je délirais à nouveau. Je ne comprenais pas pourquoi j'étais comme ça, mais tout a changé en moi, je n'avais plus de forces... J'avais honte d'ailleurs d'être comme ça... »

La mutation professionnelle, bien que provisoire, fut ressentie comme une dégradation. « Je me cachais... J'allais travailler dans les coins les plus éloignés du chantier... moi qui avais toujours bien fait mon travail, qui étais devenu si rapidement chef d'équipe... Le patron continuait à me payer comme si j'étais toujours chef d'équipe, mais je ne l'étais plus, j'étais privé des responsabilités d'organisation... C'était pour moi très humiliant. »

Dans cette observation, les troubles émotionnels sont au premier plan. Ils ont été aggravés par l'intolérance anaphylactique qui a sensibilisé le sujet et préparé les réponses oniriques à la butazolidine deux mois et demi plus tard. Mais, alors que ces accès ont été très brefs, le processus névrotique s'est amplifié pour s'étaler, diffuser et s'organiser dans le temps. Il a duré jusqu'à ce que le récit (ici cathartique) permette de « faire sortir la peur du corps », en quelque sorte d'effacer les projections algiques qui gravitaient autour de la cicatrice laissée par l'incision traumatique. Objectivement, l'accident n'avait été « rien du tout » ; Pierre, lui, a ressenti une peur atroce. La signature du traumatisme s'est inscrite dans l'au-delà de l'entaille superficielle. Le « texte émotionnel » s'est transformé en palimpseste où sont venues s'inscrire les autres perturbations. Même si l'arrêt de travail fut très bref, le circuit a duré plusieurs mois avant que Pierre ne parvienne à gommer cette trace et à reprendre ses fonctions de chef d'équipe.

Observation n° 3. Jacques, maçon, 32 ans. Chute du haut d'un échafaudage de 1,20 m de hauteur : ecchymose du pied, contusions lombaires. Rien d'autre. Il continue son travail. Le lendemain, fort lumbago qui exige une hospitalisation de quinze jours suivie de trois mois de convalescence. Les explorations radiologique et clinique restent négatives. Il n'y a ni atteinte osseuse ni atteinte articulaire. Reprise du travail trois mois et demi après l'accident. Le mois suivant, Jacques se plaint d'algies au creux épigastrique. On diagnostique une hernie de la ligne blanche, qu'on opère. La convalescence et les soins divers se prolongent encore pendant presque deux ans ! C'est d'ailleurs le refus de prise en charge par la Sécurité sociale qui entraîne la reprise d'une activité professionnelle. Les troubles de l'adaptation professionnelle l'amènent à la consultation de psychopathologie du travail.

Jacques présente un syndrome asthéo-dépressif avec mécontentement, maussaderie, irritabilité, lombalgies et aussi algies diffuses et mobiles, fatigue permanente, insomnies. Il dira : « Dès le lendemain de l'accident, j'ai bien senti que j'avais quelque chose... et j'en suis resté persuadé... Les médecins n'ont rien vu ou du moins c'est ce qu'ils ont toujours dit... » Une curieuse coïncidence est venue alimenter cette narration. Après l'opération de la hernie abdominale, il a été envoyé en maison

de repos à Berk-plage, là où ce service hospitalier avait l'habitude d'envoyer ses patients. Lorsque Jacques apprend que cette station est réputée pour certaines maladies osseuses, il en vient à penser que bien sûr il a été envoyé là pour les suites de son accident. « Il fallait que je sois vraiment malade pour qu'on m'ait envoyé faire un séjour à Berk ! » répétera-t-il. D'ailleurs la hernie épigastrique opérée a été assimilée par lui comme conséquence, en relation avec l'accident, et les troubles fonctionnels n'ont nullement été améliorés par l'intervention chirurgicale.

Une attitude revendicative apparaît progressivement, d'autant que la Sécurité sociale continue à refuser de le considérer comme malade. Seule une indemnité compensatrice lui est octroyée pour le lumbago post-traumatique résiduel. Jacques, sujet fruste, peu accessible à la psychothérapie, est demeuré longtemps dans cet état asthéo-dépressif, tout en continuant à travailler et à réclamer aide et soutien auprès des services sociaux. Pour lui, tout était dû à l'accident investi de pouvoirs pathogènes sans fin, source de toute cette cascade de troubles et d'ennuis. Sa vie était brisée, il lui semblait impossible d'échapper à ce fatum et il poursuivait le récit névrotique sur ce thème hypocondriaque qui absorbait le meilleur de ses énergies.

Ces syndromes post-traumatiques (on pourrait en multiplier les exemples) sont un type de maladie-langage qui traduit, non les troubles dus au traumatisme corporel, mais ce que l'accident représente en tant qu'événement original et originel dans la vie de l'accidenté. C'est *l'hétérogène* introduit par la situation accidentelle qui reste non toléré et intolérable. Tout se passe comme si le contenu syndromatique s'élaborait en récit pour tenter de retrouver rétrospectivement dans ce dédale l'étrangeté de cet hétérogène qui perdure en tant qu'événement et pour essayer de se dégager, rétroactivement, du pouvoir réactif de cet hétérogène.

IV. ANALYSE GÉNÉALOGIQUE DE LA MALADIE-LANGAGE : LES EFFETS DE POUVOIR

*Quelles délimitations arbitraires, quelle
partialité que de préférer tantôt l'une, tan-
tôt l'autre des propriétés d'une chose.*
Nietzsche ⁴.

Qu'est-ce d'ailleurs pour nous qu'une loi de la nature ? Elle ne nous est pas connue en soi, mais seulement dans ses effets c'est-à-dire dans ses relations à d'autres lois de la nature qui, à leur tour, ne nous sont connues qu'en tant que relations.

Nietzsche 4.

La généalogie névrotique implique l'articulation des divers paliers hiérarchiques des échanges de l'en-soi et du pour-soi s'entrelaçant en système.

1. SYSTÉMATISATION DE LA MALADIE-LANGAGE POST-TRAUMATIQUE

L'énonciation pathologique n'est pas monodromique : structuration ouverte à partir d'une topologie corporelle brisée, le sujet s'y précipite avec tout ce qu'il a déjà en lui, tout ce qui ressurgit des énonciations passées. Tout ce qui a été appris sur la maladie et la façon d'être malade se projette sur l'espace actuel, se tisse à travers le récit des doléances, s'articulant dans l'enjeu des questions et des réponses.

Les premiers signes se greffent en pourtour de la zone blessée. D'abord parce que là est bien le siège des contractures, resserrements et remaniements tissulaires, de tous les mécanismes de défense vis-à-vis de la contusion, de l'inflammation, de la douleur, de l'infection. Ensuite parce que l'attention du sujet, des médecins et de l'entourage y est focalisée. Enfin parce que ce lieu est le motif « officiel » de l'entrée dans le pathologique. Et surtout, ce point reste *le signe majeur* rappelant le traumatisme. Enrico gardera sa crampe de l'avant-bras, Jean finira par extérioriser ses préoccupations autour de la « séquelle » liée à l'absence de rein, Pierre conservera une douleur locale cicatricielle de l'entaille, Jacques se plaindra de ses « os lombaires ».

Cette topologie sémiotique est structurée dans un processus où entrent en jeu des modifications de l'ensemble de la personnalité et un diagramme d'équivalences symptomatiques.

Les matrices pathogènes répondent aux trois chapitres sémiologiques autour desquels s'organisent les symptômes secondaires : l'insatisfaction, l'épuisement, les douleurs. Le mécontentement de soi surgit immédiatement : on est victime du mauvais

sort mais surtout on est victime de soi; expression dépréciative qui essaime en un large éventail de formes où le constat de la maladresse accroît le sentiment de culpabilité. L'épuisement sous diverses figurations ne manque jamais. Et la souffrance signe le caractère social de la maladie, elle en est l'expression privilégiée. *Ce trépied symptomatique fondamental* évolue au sein d'un processus dépressif pseudo-neurasthénique bien connu.

Est à retenir aussi ce *diagramme d'équivalents symptomatiques* qui engendre à la fois l'inquiétude chez les blessés et la suspicion chez les autres. A travers les mécanismes de déplacement, de substitution, de condensation ou de conversion, les symptômes et surtout *les symptômes douloureux* glissent sur la surface du corps ou quittent la périphérie pour se manifester en profondeur. Ce mal du corps n'importe où est déconcertant.

S'ensuit alors *une phase d'incompréhension et de mésentente* qui participe intensément à l'évolution productive du syndrome. Vont s'ajouter les particularités propres aux multiplicités. Les variantes d'après l'appartenance ethno-psychologique en sont un exemple patent.

Certaines expressions et composantes sont spécifiques d'un pays, d'une niche écologique et ethnographique donnée, se réfèrent à ce qui a été appris et au lieu où cela a été appris. L'être humain est à la fois dépôt et héritage, suite d'accumulations parfois remaniées en caractéristiques individuelles, mais un fond «standard» demeure, conforme à des séries prévisibles. Les symptômes peuvent varier en acuité, en durée, et inventer des tissages plus ou moins voyants, avec des aspects «couleur locale». On a parlé d'un «syndrome péninsulaire» pour les originaires d'Espagne ou d'Italie, d'une coloration pathologique méditerranéenne, de composantes nord-africaines, en faisant allusion à certains traits déposés par symbiose et hérédité et qui s'ajoutent comme en surplus aux signes attendus, conformes à l'énonciation prévisible. Mais ce travail occulte des énonciations est oublié, gommé, dans le colloque singulier médecin-malade. Ce qui permet de renverser l'énoncé sur le sujet, accusé de façon plus ou moins évidente de trop crier, d'exagérer, d'en rajouter... sinon de tout créer ou de simuler.

Ces signes sont en réalité l'enjeu du langage nécessaire pour décrire et donner corps à l'éprouvé psychique.

Le traumatisme amène la cessation des actes productifs, attribuant simultanément à l'accidenté un autre rôle (le plus

souvent nouveau pour lui), ou même plusieurs rôles. La façon de les jouer sera diverse et pas seulement en fonction de chaque sujet. Il y a drame et souvent mélodrame, il y a récits et entrecroisement de récits, confrontation et critique des récits, recherche de ce qui est véhiculé dans ces récits, de ce qui est impur et qui n'appartient pas au « bon » récit. *La verbalisation des souffrances n'est pas la souffrance mais le récit de ces souffrances, et c'est le récit qui nous parle, et c'est au récit que nous nous adressons.* La médiatisation est constante. Mais, alors que l'extériorisation est facile lorsqu'on raconte une histoire et qui plus est une histoire comique, la situation se complique lorsqu'il s'agit de sa propre histoire et que cette histoire est triste et malheureuse. Il n'est pas facile de se la raconter ni de la raconter à autrui, de trouver des auditeurs, des partenaires valables susceptibles d'ouvrir et de poursuivre le discours, d'en faire un entretien, un dialogue.

La personne est comme amputée de ses personnages habituels; elle doit se mettre à vivre d'emprunt, à jouer d'autres rôles, à improviser, à changer de masque. Et pourtant, *on n'est soi que par les rôles que l'on joue* et qu'on nous fait jouer. D'où toutes ces idées de tonalité dépressive où revient sans cesse la litanie : « Je ne suis plus rien ; je ne suis plus le même qu'avant ; on ne veut plus de moi ; on me rejette ; on me ferme la porte ; on me met de côté... » Et, lorsqu'un interlocuteur rétorque : « Ce n'est pas vrai ; vous exagérez, vous vous faites des idées... », il faut bien comprendre que ces réponses ne se situent pas dans la même série que celle des propos du sujet impliquant, eux, le vécu douloureux d'un détachement, et d'un re-jet. Paroles inefficaces qui aggravent le sentiment dépréciatif de soi par leur manque de sympathie (au sens fort), par leur absence de compréhension. Tel ce malade de J. de Verbizier ²⁶ qui disait : « A la maison ils ont tous des masques », pour rendre la réfraction totale et la reconnaissance impossible. La faiblesse se mue en méfiance, toutes les apparences apparaissent fausses, à tout le monde.

Cet ensemble de signes est un langage, il est tout le contenu du langage-maladie. Comme pour la langue, on peut dire avec Benveniste ²⁷ (p. 63) : « Le contenu reçoit forme quand il est énoncé et seulement ainsi ». Aussi l'extériorisation sémiologique appelle à leur désignation ; « c'est ce qu'on peut dire qui délimite et organise ce qu'on peut penser. La langue fournit la configuration

fondamentale des propriétés reconnues par l'esprit aux choses» ²⁷ (p. 70). Ce sont des signes implicitement symboliques mais dont le symbolisme ne révèle pas de refoulé originel.

Ce tableau évoque bien *l'hypocondrie* ou la *cénestopathie*, cette disposition particulière à «se sentir malade» ou à «sentir tout son corps sous forme de souffrance». Somatisations absorbant la projection sur et dans le corps du contenu de ce qu'on appelle «les conflits affectifs profonds». La structure névrotique et fonctionnelle de ces troubles traduit avant tout un changement dans l'économie énergétique du jouir, une différence dans le travail des forces, objectivant un profond ressentiment contre soi-même et contre le monde qui ne permet ni le bien-être ni l'amour mais est générateur de maladie c'est-à-dire d'un système autre de rapports, inscrit au sigle du pathologique.

2. ANALYSE GÉNÉALOGIQUE ET COMPARATIVE

Qu'est-ce donc que la vérité ? Une multitude mouvante de métaphores, de métonymies, d'anthropomorphismes, bref une somme de relations humaines qui ont été rehaussées, transposées, et ornées par la poésie et par la rhétorique, et qui après un long usage paraissent établies, canoniques et contraignantes aux yeux d'un peuple : les vérités sont des illusions dont on a oublié qu'elles le sont, des métaphores usées qui ont perdu leur force sensible, des pièces de monnaie qui ont perdu leur effigie et qu'on ne considère plus désormais comme telles mais seulement comme du métal.

Nietzsche ⁴.

Même après avoir pris sa forme la plus abstraite, un concept continue en quelque manière à vivre ses vies antérieures.

I. Meyerson ¹⁷.

Ce syndrome est le résultat d'un grand nombre d'interactions où les symptômes sont recouverts et influencés par des *interprétations* diverses; celles du sujet lui-même, celles de tous ceux qui ont affaire avec lui de près ou de loin. Il faut essayer de suivre sinon le fil de l'engendrement historique de ce syndrome (ce qui est impossible, tous les faits étant entachés des commentaires qui les ont accompagnés auxquels vient se joindre notre propre interprétation), du moins de mettre en évidence les lignes de force évoquées par le récit, pour en établir un *schème comparatif*. Ce qui importe, ce sont les *perspectives* des diverses phases évolutives en fonction du *style des discours* qui se rencontrent et se croisent dans ce syndrome lors de sa formation et de sa résolution. Une *évaluation* tacite constante est faite aussi bien par le sujet que par ceux qui l'entourent, évaluation qui traduit le travail des forces en jeu utilisant la distribution typologique des attitudes et des conduites. Elargir les hypothèses, tenir compte de la multiplicité des effets en action, tenter de les hiérarchiser, trouver les fils qui les relie aboutira à ruiner la voie royale de la cause unique.

a. *Perspectives croisées des récits*

L'échange verbal est aussi un ensemble de conduites que l'on peut étudier par rapport à leurs auteurs et aux contextes sociaux où elles se déroulent.

J. Stoetzel ³³.

Le patient se trouve en connexion avec *plusieurs discours*. Pour lui s'imposent le récit des symptômes, le récit des mots qui exposent ces symptômes, le récit des commentaires qu'il se fait à lui-même et qu'il fait aux autres. Hors de lui se manifestent les discours en provenance de l'entourage familial immédiat, du corps médical dispensant les soins, du corps médical régulateur ou répressif, des organismes d'assistance, enfin ceux émanant des lieux de travail et des groupes d'amis et de connaissances. Ces discours se rencontrent, se croisent, convergent ou divergent, s'ignorent, s'excluent mais ne restent jamais totalement étrangers les uns aux autres par les effets qu'ils produisent.

* La perspective du blessé

On peut penser que toute blessure est à chacun un moment propice lui permettant de *glisser dans l'hypocondrie*. « En rajouter » est une tentation banale et bien commune. Il n'en reste pas moins que la mobilisation émotionnelle, si faible soit-elle, amène des changements dans les impressions, les appréciations, les jugements portés sur soi et sur les autres. Le contact brutal avec « un corps étranger » non désiré introduit un certain état d'infériorité. Cet état correspond, sur le plan de l'activité mentale, à un accroissement des tensions et des contre-tensions liées à la prédominance d'une « conscience imageante ». Comme dans le rêve, comme dans les mythes, les mots sont doués d'une prégnance affective excessive, les broderies imaginatives débordent leurs limites habituelles et l'imaginé devient bientôt le vrai. La distance entre les mots et les choses s'atténue, disparaît même ; la proximité peut devenir telle que le mimétisme s'installe, parcourant ainsi très vite les distances qui séparent d'ordinaire les propos et les faits. Il y a des effets de mimologie.

Dans ces circonstances, l'activité du discours interprétatif prend une grande valeur. Les mots-signifiants véhiculent des charges capables d'induire des représentations qui s'associent en tableaux plus ou moins dramatiques. Ce qui est désigné devient prépondérant. Le non-dit est interprété. Les connotations se font suivant un penchant dépréciatif. Les mots ont des effets d'attraction et de répulsion, ils travaillent le récit, s'accumulent en agglomérats ou se dispersent vers l'errance. Le tissu de l'énonciation est porteur, à chaque instant, de contradictions traduisant le tiraillement des tendances en présence, dont la résultante floccule dans l'énoncé exposé par le blessé. Ainsi, au récit des faits se mêle le rêve, ce qui aurait pu arriver ou ce qui a failli arriver. Il y a des débordements, des chevauchements. Ces récits faits de nombreuses fois aux uns et aux autres brouillent les cartes. Ce qui est dit finit par devenir ce qui est arrivé. Le récit se fait en fonction de ce que l'on croit que les autres croient. Leur image sur nous, interprétée comme telle, a des effets en retour. Borges écrit : « Nous ressemblons tous à l'image que les autres ont de nous. Je ressentais le mépris des gens et je me méprisais aussi » ²⁸ (p. 33). L'inadéquation est grande entre ce qui est dit et ce qui est cru, et entre le reflet du croire sur ce qui est exprimé. « Les gestes et les attitudes

d'autrui sont un discours implicite que la conscience interprète et traduit en un discours explicite», écrit N. Grimaldi ⁷ (p. 399).

Vient s'ajouter à ce récit le récit qui résulte des confrontations avec le corps médical et avec les organismes de Sécurité sociale. Dès le début de la névrose intervient un décalage indécélable. L'ambiguïté s'installe entre le récit de l'accidenté décodé dans un réseau de repères corporels et le processus expressif qui englobe la personne toute entière. La ligne de production reste étroite et se faufille autour de l'inscription première. Ce récit revient sans cesse sur les mêmes désagréments, jusqu'au ressassement. Toute tentative pour introduire une distraction dans ce récit, le détourner de son cours, *si elle ne tient pas compte de ce très fort besoin de fixation narrative*, aboutit à un résultat inverse et renforce l'entêtement. Mais, à ce stade, le poids des confluences discursives est déjà sensible : la perspective du blessé est aux prises avec les perspectives qui diffèrent beaucoup de la sienne dont le retentissement ne cessera de s'accroître.

* Les perspectives médicales

Du point de vue du médecin soignant, chirurgien ou médecin de famille, seule compte la blessure. Cependant les soins sont souvent « impersonnels », les paroles rares, les explications nulles ou peu s'en faut ; les soins hospitaliers laissent une impression de sécheresse plus grande que ceux d'un dispensaire eux-mêmes plus anonymes que ceux du médecin déjà connu. Changer de médecin à chaque consultation est mal accepté. La communication des médecins entre eux et avec les auxiliaires médicaux semble parfois incomplète... Autant d'éléments qui échappent à l'attention de celui qui soigne. Pour ces malades les entretiens ont une résonance à retardement qui alimente le travail rétrospectif du récit. Des complications surviennent lorsque le médecin, voire un auxiliaire médical, introduit un élément nouveau qui modifie le diagnostic ou les indications thérapeutiques. Il y a des susceptibilités et des réactions de prestige dont seul le patient fait les frais.

Le passage des soins purement corporels à une thérapeutique psychiatrique déclenche actuellement encore plus de réticence, souvent, chez le médecin généraliste ou chez le chirurgien que

chez les patients. C'est souvent un médecin neutre non engagé dans le circuit thérapeutique (médecin du travail, médecin conseil) ou une personne qui connaît bien le blessé et subodore une origine psychopathologique aux troubles qui aiguillent le malade vers une consultation de psychiatrie. *Au premier stade de l'évolution, au moment-charnière où se fait la mutation, cette indication aurait pu être capitale.*

* Les perspectives de l'entourage

Lorsque le syndrome névrotique est dans sa période d'état, famille et camarades de travail orientent propos et attitudes vers une normalisation rapide qui serait suivie de la reprise du travail. La notion qu'il s'agit maintenant de troubles psychopathologiques passe souvent totalement inaperçue. Le blessé incompris et se sentant rejeté se replie plus dans son silence. L'incompréhension se fait très souvent dramatique (nous n'exagérons pas), ce qui contribue sans doute mieux encore à ce que soit acceptée la prise en charge par une équipe psychiatrique dont le premier rôle sera de « dédramatiser » la situation.

b. *Le style des discours*

Je suppose que dans toute société la production du discours est à la fois contrôlée, sélectionnée, organisée et redistribuée par un certain nombre de procédures qui ont pour rôle d'en conjurer les pouvoirs et les dangers, d'en maîtriser l'événement aléatoire, d'en esquiver la lourde, la redoutable matérialité.

M. Foucault ²⁹.

L'enjeu de ce syndrome reste *l'éventuel retour au travail*. Si la maladie traduit une modification du travail des forces en soi, avec accentuation réactive dominante, elle reflète aussi l'action d'autres forces sociales et économiques, institutionnelles et financières. C'est au carrefour de plusieurs procès que le syndrome s'alimente : *les sources de la maladie-langage sont plurielles.*

Lorsque les troubles psychopathologiques sont reconnus, leur attribution causale diffère. Pour le blessé c'est l'accident qui fut plus grave qu'on ne l'a dit ou les soins qui n'ont pas été adéquats. Dans sa ligne de vie, il se trouve dépossédé de son acquis d'habitudes et réduit à l'état de handicapé. Ceux qui sont chargés d'apprécier les dommages réellement imputables à la matérialité de l'accident refusent de prendre en charge ce qui a pu naître à propos de l'accident mais n'a pas de rapports de causalité directe avec lui. D'où refus de poursuivre le versement des indemnités journalières au titre d'accident du travail d'abord, puis limitation de l'indemnisation permanente proportionnelle. Enfin l'entourage retire d'abord plus ou moins ouvertement son soutien moral à ces blessés. Et bientôt tout le monde en a assez. Tel est d'ailleurs le cas le plus banal pour « tout malade des nerfs ».

Or, examiné de plus près, le discours propre au syndrome est tout autre. *Le récit cherche à revenir, par un détour compliqué et douloureux, au cœur même de ce qu'a pu être le traumatisme.* C'est ce moment que le blessé voudrait réactiver, c'est ce moment qu'il voudrait parvenir à évaluer autrement. La maladie, dans ces névroses, n'est pas seulement la négation de la santé, mais un langage qui utilise au contraire toutes les forces du sujet, orientées vers leur devenir réactif, pour assumer la continuation de cette santé apparemment perdue et aller avec ténacité jusqu'au bout d'elle-même. C'est le ressentiment qui l'emporte, séparant le sujet de lui-même et de sa puissance pour mieux le livrer aux pouvoirs (représentés par tout ce qui lui est hostile et l'écrase) dont il subit les effets.

c. Les effets des pouvoirs et la typologie des conduites

L'individu n'est jamais, sous quelque angle qu'on le considère, qu'un fragment du fatum, il n'est jamais qu'une loi de plus, une nécessité de plus pour tout ce qui vient et sera.

Nietzsche ⁶.

Et que dire du Moi. Il est devenu une fable, une fiction, un jeu de mots : il a tout

à fait cessé de penser, de sentir, de vouloir.

Nietzsche ⁶.

Il faut ici, de toute évidence, que la psychologie s'ouvre sur la science du politique et du social, ou que pour le moins, l'anthropologie médicale n'oublie pas la nature sociale de l'homme.

J. Starobinski ²⁰.

Les effets des pouvoirs pèsent sur chacun de façon globale dans la création d'une maladie-langage; le fait qu'il s'agit d'un accident et que celui-ci réclame réparation leur concédera des modalités propres.

* Effets de nominalisation

Qui nomme ? Qui distribue les noms ? Chacun est envahi par les signifiants, mots-signaux aux effets créateurs. Le corps médical émet et impose des diagnostics, des étiquettes, appose des marques, tant pour repérer que pour classer les symptômes. Le langage a des fonctions de désignation, d'appartenance, d'appropriation. Une logique prend le pouvoir qui s'appuie sur des déterminations d'identité, d'analogie, d'opposition, de ressemblance. Des circuits se trouvent ainsi tracés par où cheminent les énonciations. Des convenances, des sympathies, des émulations président à la classification des signes et les transforment en taxinomie. Pour M. Foucault, « le discours aura pour tâche de dire ce qui est, mais il ne sera rien de plus que ce qu'il dit » ³⁰ (p. 58). Le comprendre fait appel à des procédés de nomination basés sur le jeu des similitudes, réunissant ce qui s'assemble, séparant ce qui s'oppose au niveau du support symbolique du signifiant. Cet « impérialisme du signifiant » empêche, comme l'a montré M. Foucault d'entrer dans « l'être vif du langage » ³⁰ (p. 58). Car le langage a sans doute des fonctions expressives propres désormais coupées de leurs forces motrices par le jeu des reflets, des métaphores et des métonymies.

Chacun parle et le malade seul se plaint. Il expose son manque de puissance dans un vocabulaire et dans un discours qui affrontent

le risque permanent d'être décodés seulement en fonction de celui qui écoute et qui prend en principe les décisions. Le malade est trahi par les termes qu'il utilise. Ses mots deviennent des vocables vides tant pour lui que pour les autres, et d'autant plus qu'ils sont sans effet face aux autres, *mots-fétiches* qui tournent sans vie, suivant leur impulsion propre mais entretenant le feu du récit.

Or, ce syndrome se veut un récit vivant de symptômes et de mots, par lequel le sujet essaie de reprendre possession de lui-même et de retrouver une insertion dans le monde. Coupé de son travail, réduit à l'inertie, séparé de tout ce qu'il était jusque-là, il en est réduit à exposer ce récit monotone et stéréotypé, ultime tentative maladroite et douloureuse pour se faire reconnaître et se reconnaître soi-même, jusqu'à ce que les « choses puissent être comme avant ». Ce récit s'accompagne d'attitudes qu'on a pu regrouper sous les termes de « victimisation » ou de « sinistrose ».

* Effets de victimisation et de sinistrose

Janis³¹ décrit sous le terme de *victimisation* la résonance affective négative constatée à la suite d'une opération chirurgicale responsable de dégâts corporels plus étendus que ceux prévus par le patient, et ce d'autant que la peur de l'opération avait été plus vive. Le sujet opéré se sent frustré et revendique. Si on appelle v.P. la victimisation présumée et v.R. la victimisation réelle, la réponse dépressive et dysphorique est d'autant plus grande que v.R. est plus grand que v.P. P. Sivadon et S. Crahay³² écrivent : « Dans le cas d'un accident, éventualité imprévue par définition, nous nous trouvons dans la situation où v.P. étant nulle, la victimisation est ressentie comme particulièrement choquante »³² (p. 22). Ajoutons que dans les syndromes d'intolérance, la victimisation atteint son degré maximum puisque le sujet se considère victime non seulement de l'accident mais aussi de l'inadéquation des soins, de l'incompréhension qui s'ensuit et des décisions injustes dont il se croit l'objet.

Il faut essayer de se mettre à la place de la victime et de considérer la situation de son point de vue. Qui prend les décisions ? Qui les subit ? Quel est l'effet du manque à gagner ? Quelles conséquences entraînent l'éloignement du lieu de travail, la perte

du métier ? Comment s'articulent les aspirations qui étaient celles du sujet, ce à quoi il croyait, ce pour quoi il avait fait un apprentissage, et la réalité actuelle ? Des évaluations s'imposent dont les énonciations hantent ce blessé tout comme elles hanteraient qui que ce soit. Des hiérarchies s'établissent dans ces évaluations. Faut-il s'étonner que dans une société basée économiquement sur le profit et l'accumulation du capital, ces composantes passent dans les conduites et que le blessé réclame des soins et une réparation de ce dont il a été victime en exposant ce qu'il croit être son droit ? On peut essayer de déceler chez lui des « composantes sinistrosiques », on peut parler des « bénéfices secondaires » retirés par le malade de ses troubles ; ce ne sont jamais que des effets et non des causes. Il y a des effets de mimétisme, de plasticité, de contagion : « On ne veut pas se faire avoir ; être plus bête qu'un autre. » La notion de névrose de rente restera un horrible malentendu tant que la question ne sera pas déplacée. S'il faut réduire les effets du traumatisme à ses justes proportions, il faut aussi tendre l'oreille à tous ces phénomènes parasites organisés en maladie-langage qui sont autant d'effets de la coupure intervenue en soi-même et entre soi et le monde, à partir du moment de l'accident.

On pourrait suggérer de même que les sentiments de culpabilité éventuellement constatés chez ces blessés ne sont que le résultat de l'induction des représentants des institutions dont les discours interrogatifs et quelquefois inquisitoriaux produisent des effets, et cela bien malgré eux sans doute.

Les types de conduite sinistrosique et de victimisation sont partie intégrante de ce double récit névrotique de symptômes et de mots. Elles traduisent le changement des rapports de toutes les forces en jeu et l'enjeu de leurs rapports.

Il faudra donc moins interpréter à travers une grille préétablie, moins chercher ce que cela signifie ou « la vérité » - il s'agira toujours de la vérité et de la signification de celui qui interprète - et mieux évaluer le développement des forces et des pouvoirs pour entrer dans le devenir de leur processus transformationnel dont la maladie-langage est une forme d'expression créatrice. Les maladies-langage, la pathologie fonctionnelle en son entier, tout comme la musique et ce qui tient du sensible, échappent à la fascination des pouvoirs de la signification : toutes les traductions significantes sont elles-mêmes significatives et appartiennent au corps intime de la maladie-langage et au jeu de ses transfigurations.

* Situations interpersonnelles et « effets de rejet »
du monde social

« Percevoir autrui, c'est encore le classer dans certaines catégories culturellement significatives, prendre conscience de son statut et de son rôle », explique J. Stoetzel³³ (p. 216). Les malades présentant des névroses post-traumatiques appartiennent désormais à un certain statut social avec entre autres rôles attendant à ce statut, celui, très précis, d'être une « victime », rôle qui s'accompagne des deux composantes mentionnées : subjective, la victimisation ; exogène, la suspicion, imposée par les autres, de simulation. Situation interpersonnelle où le moi s'effrite, où le sujet se trouve en proie au doute, séparé de lui-même et séparé des autres, précisément par ce doute sur son identité qui vient des regards et des propos des autres, ceux-là même qui au sein de la famille supposent que les symptômes dont se plaint le blessé ne lui appartiennent pas en propre, mais sont produits comme un supplément, sont empruntés au monde du théâtre en quelque sorte. Ce sont des situations « désintégrées » au sens de H.S. Sullivan, dont J. Stoetzel rapporte les travaux et précise que « pour comprendre le fonctionnement de relations entre deux personnes, il faut cesser de les voir comme deux substances indépendantes et inchangeantes »³³ (p. 221). Les situations vivantes de ces patients rappellent *ces situations « parataxiques » décrites par H.S. Sullivan*³³ (p. 222) dans lesquelles les images s'interchangent sans cesse et glissent de soi aux autres et des autres en soi, d'autant que les interactions des forces en présence se font aux dépens du blessé, englué dans l'organisation névrotique dont il est le support.

V. CONCLUSION

L'énoncé singulier de la maladie-langage post-traumatique obéit comme tout autre énoncé à un processus dont « les règles de formation ont leur lieu non pas dans la mentalité ou la conscience des individus mais dans le discours lui-même », précise M. Foucault² (p. 83).

Si l'énoncé a une attribution, s'il poursuit une désignation,

s'il conserve une articulation, il introduit aussi une dérivation, il est soumis à une série transformationnelle. Si nous avons signalé que le *mécontentement-insatisfaction*, l'*inactivité-inertie*, les *composantes dépressives* liés aux relations affectives, sont les trois matrices génératrices dans l'élaboration de ce syndrome, c'est parce que les interventions restaient possibles du fait précisément de l'attribution, de la désignation, de l'articulation et des dérives ouvertes dans cet énoncé, à condition de le considérer par lui-même et en lui-même dans l'unité transitionnelle dont il est l'un des éléments. Choisir le moment et les formes d'approche implique qu'on sache écouter ce discours nouveau qui traduit la combinaison des forces des rapports de production à ce moment précis. Aucun élément ne peut être détaché arbitrairement, glorifié ou hypostasié comme détenteur du rôle étiologique majeur. Aucune intervention fragmentaire ne pourra réduire telle ou telle dérive de façon efficace. On doit considérer ce syndrome comme un tout, comme un tout pathologique, comme un tout univoque fait de multiplicités, état de maladie avec ses symptômes, dans le cadre de la nature sociale de l'homme. On assiste, au sein de l'énonciation morbide globale, à la naissance d'un énoncé propre dont les mécanismes d'attribution, sinon de formation, sont singuliers. Alors on pourra *pousser plus loin l'analyse pour saisir ce qui a pu faire événement dans ce traumatisme et savoir quels «opérateurs» ont présidé à ce fonctionnement nouveau des énergies corporelles et psychiques, individuelles et sociales.*

Énoncé attaché à une production, récit de symptômes obéissant à des lois analogues à celles de la production narrative; ici, comme dans un texte, on peut dire avec J.P. Faye, «l'énoncé narratif ne se borne pas à annoncer ce qu'il dissimule; il met en jeu» ³⁴ (p. 38). Mise en jeu de forces et de formes, les unes et les autres en interaction et dont les variantes presque inapparentes ne peuvent être saisies dans les seules appréciations portées par le patient sur son état, mais plutôt dans ses propos, dans les projets qu'il peut formuler, lorsqu'un récit autre, extérieur, vient percuter l'amas des pulsions stagnantes formant le syndrome. C'est alors qu'apparaissent les possibles variations du degré de satisfaction; «l'effet de forme aboutit à une différence dans l'action, dans la production de celle-ci» ³⁴ (p. 39). Tout ne dépend pas uniquement du «pouvoir de crédibilité du langage» ³⁴ (p. 69) mais des énergies utilisées qui donnent réellement

du crédit au processus, une ouverture dans le temps, une amplification du temps construit : possibilité pour l'histoire de se continuer, pour les énergies bloquées de s'affirmer et de revenir dans le champ opérationnel où le oui est accessible, monnayable et échangeable.

NOTES

1. P. Masson Oursel, « La dualité de l'esprit-vie et de l'esprit-connaissance », *Journal de psychologie*, 1924, p. 355 (cité par I. Meyerson dans *Les fonctions psychologiques et les œuvres*, Vrin, 1948, p. 121, note 1).
2. M. Foucault, *Archéologie du savoir*, Gallimard, 1969, p. 83.
3. Aristote, *De interpretatione*.
4. Nietzsche, *Œuvres complètes*, t. 1, vol. 2, Gallimard, 1975.
5. Marx, *Misère de la philosophie*, Editions sociales, 1946.
6. Nietzsche, *Œuvres complètes*, t. VIII, vol. 2, Gallimard, 1974.
7. N. Grimaldi, *Le désir et le temps*, P.U.F., 1971.
8. P. Janet, *L'évolution de la mémoire et de la notion de temps*, A. Chahine, 1928.
9. P. Sivadon, *L'homme et la maladie*, Encyclopédie « Univers de la Psychologie », Ed. Lidis, 1976.
10. H. Baruk, *Psychiatrie morale expérimentale*, P.U.F., 1950.
11. R.A. Rosenthal et L. Jacobson, *Pygmalion à l'école*, Castermann, Paris, 1971.
12. M. Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, P.U.F., 1960.
13. R. Barthes, « Les sorties du texte », in *Bataille*, 10/18, n° 805, 1973.
14. Nietzsche, *La volonté de puissance*, tr. H. Albert, Mercure de France, 1923.
15. J.P. Faye, *Langages totalitaires*, Hermann, 1972.
16. M. Foucault, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, 1961.
17. I. Meyerson, *Les fonctions psychologiques et les œuvres*, Vrin, 1948.
18. Michelet, *Histoire de la Révolution française*, t. VIII, ch. III.
19. M. Foucault, *Naissance de la clinique*, P.U.F., 1963.
20. J. Starobinski, *L'œil vivant*, I, Gallimard, 1961.
21. Nietzsche, *La naissance de la tragédie*.
22. P. Guillaume, *Introduction à la psychologie*, Vrin, 1946, p. 265. L'auteur précise : « J'ai la notion de la pensée d'autrui avant d'avoir celle de ma pensée propre. La première est un moyen d'arriver à la seconde » (p. 265).
23. J. Lacan, *Écrits*, Le Seuil, 1966, p. 93.
24. L. Carrino et al., « Sur la prise en charge des troubles dits subjectifs des traumatisés du crâne », *Cahiers médicaux lyonnais*, vol. 46, n° 38, 20 novembre 1970.

25. A. Korzybski, *Le rôle du langage dans les processus perceptuels*, The international non-aristotalian Library Publishing company, New York, 1965, tr. fr. 1966.
26. J. de Verbizier, Observation non publiée.
27. E. Benveniste, *Problèmes de linguistique générale*, Gallimard, 1966.
28. J.L. Borges, *El informe de Brodie*, Alianza Emecé, 499, p. 31.
29. M. Foucault, *L'ordre du discours*, Gallimard, 1971.
30. M. Foucault, *Les mots et les choses*, Gallimard, 1966.
31. I.L. Janis, *Psychological stress*, Wiley, New York, 1958.
32. P. Sivadon, *Traité de psychologie médicale*, t. III, La pathologie émotionnelle, P.U.F., 1973.
33. J. Stoetzel, *La psychologie sociale*, Flammarion, 1963.
34. J.P. Faye, *Théorie du récit*, Hermann, 1972. L'auteur attire l'attention sur ce texte de Marx, sur le change des formes : « Nous avons à considérer le procès entier du côté de la forme, c'est-à-dire seulement du changement de forme ou de la métamorphose des marchandises qui médiatise le changement matériel de la société. » (*Das Kapital*, I Buch I, 3 2 a Dietz Verlag, Berlin, 1957, p. 109).

Structure temporelle de la maladie-langage post-traumatique

Dans une maladie-langage, le récit des symptômes et le récit des mots ne se conditionnent pas l'un l'autre comme s'ils étaient des éléments séparés : leurs interactions sont engendrées par leur origine commune, dans un processus expressif où l'un et l'autre sont créateurs. On ne peut plus continuer à privilégier la seule subjectivité comme si la représentation mentale était un fragment de la vie psychique doué de fonctions conjonctives, faisant le pont entre l'intelligible et le sensible. Si le procès est un, les voix sont multiples. La maladie-langage est un ensemble formateur et formé à un moment donné de l'histoire d'un individu. C'est une surface clinique énonciative *qui parle en son propre nom* et qui est produite par les forces en action, investies ici en troubles somatiques et psychiques. La *maladie-langage* dénote l'existence d'un rapport qu'il faut étudier par lui-même, en premier, et non par rapport à autre chose. On pourra ensuite établir des comparaisons, chercher des filiations, envisager des finalités. Faire d'emblée appel à l'intentionnalité, à la téléologie, introduire une signification étrangère risque de fausser le sens du fait psychopathologique dont la finalité ne peut être analysée que dans sa structure temporelle. Les productions psychopathologiques ont une vie propre, une intensité spécifique, résultat des échanges de l'individu « total ». Des variations sont possibles à chaque moment de l'histoire individuelle ; elles sont la résultante de la confrontation entre les changements individuels et les pouvoirs extérieurs à l'individu. Les connexions ont des fonctions particulières. Elles s'affirment par leurs poly-

valences et par la multiplicité de leurs relations en continuelle transformation. L'un (le fait passagèrement isolé ou qui semble immobile) n'est qu'au sein du multiple. *La maladie-langage est une architecture dans le temps*. Et c'est dans les mouvements, dans ce qui constitue la trame même des échanges qu'il faut chercher le temps à l'œuvre. On dit souvent que le temps est insaisissable et immatériel, or il n'y a de temps qu'à partir du résultat renouvelé des échanges productifs. Le temps est dans l'évolution, dans l'histoire des faits cliniques. Le temps c'est aussi l'imprévu dans cette histoire, ou bien ce qui, prévisible, en modifie néanmoins le cours de façon insolite. Les rythmes, les mutations du temps sont ceux des faits qui lui servent de support, qui matériellement le produisent.

Les perspectives temporelles sont multiples, une pluridimensionnalité temporelle est à l'œuvre dans la maladie-langage post-traumatique. Des modifications du temps sont perçues à partir de nouveaux rapports introduits par l'accident et par la blessure dans l'espace corporel. Production inédite du temps ensuite, dans l'après du traumatisme, lorsqu'à la suite d'un court entracte se greffe sur le corps blessé une maladie-langage. Enfin, étude des liens du temps et de l'histoire, lors de la résolution du syndrome et du retour vers le temps réconcilié d'une vie quotidienne maîtrisée.

Une question préliminaire s'impose : dans quelle mesure l'accident est-il un événement pour celui qui le subit et quelles sont les distorsions temporelles subséquentes ?

I. ÉVÈNEMENT ET ÉVÈNEMENT-ACCIDENT

En psychiatrie, le terme événement évoque en premier lieu les événements sociaux, guerres, catastrophes, faits divers importants qui touchent une tranche plus ou moins importante de la population. P. Bernard ¹, étudiant les incidences des événements sociaux sur la santé mentale, écrit : « ... Un événement social ne semble pathogène en tant qu'événement, que dans la mesure où il perturbe *cette relation profonde et en grande partie inconsciente* - « social communication », ainsi que l'appelle E.H. Hare - qui unit l'homme normal à son propre groupe en satisfaisant

son besoin de se sentir membre accepté d'une communauté stable, tout en le soumettant à ce contrôle social quotidien non moins nécessaire pour le maintenir dans le comportement normal admis par le groupe.»¹ Seul donc est à retenir *le lien individuel au groupe*, ses variations et ses conséquences sur l'évolution de l'état de bonne santé. «L'événement survenu dans la vie sociale d'un groupe parcourt (en effet) toute une série de relais avant d'être vécu par l'individu, et ce n'est, en fin de compte, qu'à cette étape individuelle qu'il peut être considéré comme facteur de troubles mentaux.»¹. Soulignons l'importance de la perturbation de la relation avec les autres, relation faite d'habitudes si familières qu'on l'ignorait avant qu'elle ne se casse. Les choses gagnent en valeur lorsqu'elles sont perdues.

Les études récentes sur les névroses post-traumatiques accordent de plus en plus d'attention à «l'événement» lié à tout accident, facteur impliqué dans la notion de traumatisme psychique. Il s'agit surtout de l'événement au sens affectif et émotionnel. L. Crocq, par exemple, écrit : «En matière de névrose, il convient d'étendre la notion de traumatisme psychologique à des événements n'impliquant pas de traumatisme physique»² et il insiste sur «la puissance organisatrice de l'événement.» J. Ley, dans un rapport sur les névroses post-traumatiques, assure : «Sans accident, pas de névrose»³ et conclut à la nécessité de retenir parmi les facteurs étio-pathogéniques de l'organisation névrotique l'événement et les composantes sociales.

Nous admettons que tout accident est un événement. Il a été officiellement enregistré comme tel par les codes et la législation. Personne ne sait à l'avance (pas même la victime) quel accident fera événement chez tel accidenté. Ce n'est que lorsque le syndrome d'intolérance apparaît et s'installe que l'accident acquiert rétrospectivement une valeur paradoxale et inattendue. Ce fait avait donc eu une importance non soupçonnée et demeurée sous silence. *En réalité «l'événement» semble élaboré de toutes pièces à travers le double récit des symptômes et des mots de la maladie-langage qui vient rétroactivement s'ancrer dans l'impact de l'accident.* C'est donc à une «évaluation» de cet événement qu'il s'agit maintenant de procéder.

Pour cerner la notion d'*événement temporel*, nous allons suivre le devenir du temps *en procédant à une analyse rétrospective*

de la perception du temps par le blessé depuis le moment de l'accident, et en étudiant ensuite ce que, pour lui, signifie son propre temps historique. Peut-être apercevrons-nous alors les corrélations de cet événement avec les perturbations temporelles déclenchées.

II. PERCEPTION ET PRODUCTION DU TEMPS DANS L'APRES DU TRAUMATISME

L'écoulement du temps est perturbé lorsque survient l'accident : relatif désordre suivi d'une courte période d'attente anxieuse jusqu'aux soins d'urgence. Débute ensuite une phase d'attente passive qui correspond à la période des soins corporels. Tels sont les premiers rapports de l'accident, de la blessure et du temps. Que la consolidation tarde à venir ou que l'amélioration soit estimée insuffisante s'ouvre alors une période différente, peu bruyante sinon totalement muette, qu'on peut rétrospectivement considérer comme « période d'incubation », pendant laquelle la pathologie a changé de registre et s'est préparé l'éclatement des troubles d'intolérance. Ce délai peut s'allonger, s'étaler, véritable temps de latence, avant que la maladie-langage ne s'amorce. Suivons ces diverses phases.

1. L'ACCIDENT, LA BLESSURE, LE TEMPS

L'accident et ses suites corporelles sont à considérer à deux stades : au moment de l'impact traumatique ; au cours de la période de soins et de repos, en attente de la guérison.

a. *L'impact accidentel : le temps en désordre, la tension d'attente*

Au premier moment correspond une variation insolite du temps : secousses, arrêts, précipitation, désordre. Le blessé perd pied ; il ne sait pas très bien ce qui lui arrive. Plus tard, il lui faudra refaire mentalement le circuit des diverses séquences

et l'aide des tiers sera nécessaire pour compléter son témoignage et retrouver le temps du déroulement de l'accident. Le blessé est comme projeté au-delà de ce moment ; il voudrait savoir rapidement ce qui va suivre ; il désire être vieux de quelques instants de plus et connaître le verdict du médecin. Il est encore anxieux de ce qui va advenir et s'y propulse déjà, pour ne pas être en retard. La présence des autres est souvent fort utile ; ils aident à faire faire ce qu'il faut faire, ils font, eux, attention au présent ; alors que l'accidenté risque de faire n'importe quoi, d'aggraver ainsi les choses ; lui qui, déjà, est dans « le pas encore-là », il ne peut prendre soin de ce qui advient, trop avide de savoir, d'être soigné, d'être de l'autre côté de ce moment-là. Puis le temps reprend son cours, l'attente s'impose. D'abord attente qui paraît longue ; impatience, traduisant un décalage entre le déroulement trop lent des choses et l'anticipation temporelle encore active, avide de rapidité au niveau des impressions et de la pensée. C'est une tension d'attente, une attente active. Puis, les décalages se résorbant, une meilleure synchronisation s'instaure entre ce qui est attendu et l'attente imposée. Tout change d'aspect encore, le temps des soins est long et court, tout à la fois ; temps contracté par la douleur, temps dilaté par la sécurisation ; il passe vite en général. A partir de cet instant, le blessé peut se confier à un autre temps. Il sait plus ou moins ce qu'il va faire, ce qui va être fait, ce qui va se passer, en fonction de ces blessures jugées sans gravité. Il n'a plus qu'à attendre, et commence une autre attente.

b. L'attente de l'effet des soins et de la guérison

Cette attente, assujettie à l'évolution de la blessure, est rythmée par la succession des moments consacrés aux soins et aux actes thérapeutiques divers et des périodes de temps disponible qu'il faut organiser. Temps d'attente passive de la guérison. Le temps de la blessure est un temps d'attente, faisant bon ménage avec le blessé et ceux qui l'entourent, à condition qu'il ne se prolonge pas au-delà des limites accordées « normalement » nécessaires à la résorption du mal, à la réparation des parties blessées. C'est le temps de la chair meurtrie. Un temps à dominante corporelle. Tout le monde aide à cette attente imposée par l'immobilité de la partie lésée, parfois par l'immobilisation

de tout le corps. Il faut que tout se ressoude, que ce qui sert de support aux mouvements, la trame osseuse et musculaire, l'anatomie reprennent leur consistance antérieure. Le plâtre, les pansements momifient la partie coupée, disloquée, fracturée; l'inertie de cette région blessée entraîne un ralentissement de tous les autres mouvements. Le patient accompagne la partie blessée dans son immobilité, il la suit dans son sommeil. Il compte les jours et les fait passer comme il peut. Il établit d'autres rapports avec lui-même et avec les autres; la patience finit par gagner la partie. Le temps somatique et le temps de la vie se retrouvent, le corps va bientôt pouvoir offrir son support aux déplacements : les os se soudent, les parties molles se régénèrent; le temps de la restauration rattrape le temps psychologique un peu mal à l'aise dans cette inaction forcée. En effet, ce temps devenu disponible brusquement s'accommode mal le plus souvent chez un ouvrier, chez un travailleur manuel, d'un remplissage culturel. Les passe-temps nourrissent mal leur temps lorsque celui-ci n'a pas eu sa dose de mouvement et d'activité. Enfin, vient le grand jour où cesse l'immobilité. Ce peut être d'abord une mise en action passive, lente, dans le cadre d'une mécanothérapie imposée ou proposée. Puis l'évolution est parfois plus rapide que prévu. Le thérapeute réclame une participation personnelle de son patient, il l'exhorte à remuer mieux et plus vite son doigt, à assurer plus lestement son pied, et « ça suit » ou « ça ne suit pas ». Un décalage temporel se creuse souvent à nouveau, cette fois inversé. C'est le blessé qui ne va pas assez vite, qui ne suit plus les injonctions du masseur, du médecin. Il se dit limité dans ses mouvements par la douleur, par le manque de force, par l'ankylose; le thérapeute lui enjoint d'aller plus vite alors qu'il appartient encore au temps de l'attente. Lui qui attendait ce moment, voilà que « ça ne fonctionne pas » comme il l'avait prévu. Le médecin, après examen, lui assure que la solution de continuité est comblée, qu'aucune raison objective ne l'autorise plus à rester dans ce temps d'attente, d'arrêt, de trop grande lenteur.

La période de soins est ainsi terminée et pourtant le blessé ne se sent pas encore bien. Il n'a pas récupéré. Personne n'en comprend les raisons. Personne ne se doute encore que les troubles sont en train de changer de registre, qu'une expression psychopathologique se prépare à bas bruit.

2. L'ATTENTE FRUSTRÉE ET LE TEMPS DIT « D'INCUBATION » ; PHASE DE TRANSITION

*Chaque fois qu'elle se résout en rien,
l'attente déçue suggère un soudain renver-
sement du cours de la vie.*

G. Bataille ²³.

Cette période ne se manifeste par aucun signe pathognomonique. Son importance ne sera repérée que postérieurement, lors d'un examen motivé par l'éclosion des troubles psychopathologiques. Certains ont voulu voir là une phase « d'incubation » en se référant à l'évolution bien connue des maladies infectieuses, période pendant laquelle les mutations se préparent dans l'inapparent. Cet intervalle « blanc » a été dénommé aussi période de « contemplation » ou de « méditation », en parallèle avec la description « classique » des délires chroniques qui admet une phase de préparation pendant laquelle, à l'insu (soi-disant) de tous, le délire amasse ses matériaux. Ces dénominations cependant ne sont pas « neutres », elles laissent entendre « qu'il se trame quelque chose en sourdine », et le pas a vite été franchi de penser que simulation et revendication faisaient leur cet arrière-temps.

Sur le plan de l'écoulement temporel, il s'agit d'une *attente frustrée*. Le blessé attendait sa guérison ; tout la laissait prévoir (ou presque). Or, on lui dit qu'il est corporellement guéri ou stabilisé, qu'il devrait maintenant reprendre ses activités, alors que pour lui, « il n'a pas encore récupéré ». Il ne peut envisager, dans un futur proche, dès le lendemain ou l'après-demain, de redevenir « comme avant ». Le futur immédiat est bouché. Perplexité anxieuse qui motive d'autres recherches, toujours sur le plan médical : il s'agit de trouver le « bon » médecin qui débloquera la situation. C'est le début de la « prise de conscience post-traumatique » dit J. Ley ³ (p. 1274). *Un travail rétrospectif* commence qui met en cause subjectivement l'accident et tout ce qui s'est passé depuis (accueil des médecins, nature et modalités des soins reçus...). Pendant un court intervalle le blessé *espère* encore que « ça va s'arranger », que quelqu'un va découvrir « ce qui ne va pas ». Bientôt les réponses aux nouveaux soins restent négatives, *l'horizon se ferme*, le désarroi s'installe. Tout semble se ligner pour accentuer la

précarité de ce moment présent et remettre en question le passé récent. L'espoir d'une « solution miracle » capable d'effacer ce présent rétréci, de l'enjamber, de renouer avec le futur proche s'effrite.

C'est à ce moment que *la qualité des relations interpersonnelles* (avec les médecins surtout et avec les proches) prend tout son poids. J. Ley rapporte le point de vue de Bleuler suivant lequel « un blessé devient névrotique lorsqu'il n'a pas confiance en son médecin, lorsqu'il ne se sent pas humainement compris ni défendu » ³ (p. 1275). Les effets relationnels peuvent être, à ce stade précisément, iatrogènes. Les retombées répressives et critiques ou senties comme telles contribuent à *rétrécir l'horizon temporel*. Le regret est à ce stade la conduite prévalente. Le sentiment de frustration né de l'attente déçue s'aggrave à mesure que se précise l'évidence qu'un imprévu - attendu malgré tout - ne survient pas. La représentation du passé proche s'impose, de ce qui se situe entre ce présent, en forme d'impasse, et l'accident. Le blessé rumine. Un sentiment de culpabilité se mêle à un début d'hostilité vis-à-vis du responsable présumé : la société qui devra payer et réparer. Apparaissent alors les composantes de « vengeance » préparant la sinistrose et favorisant le sentiment de victimisation.

D'après les observations retenues, on constate que *les modalités du passage* vers le psychopathologique sont diverses. Pour Enrico, la période d'attente est très courte, la prégnance de la scène première des soins a été si forte qu'elle semble avoir retenu l'écoulement du temps ; huit jours après, le bras était contracturé même si le syndrome ne s'est manifesté qu'après la confirmation de l'échec thérapeutique attendu et une suite de rejets. Jean a basculé lorsqu'intervint de façon irréversible la décision du changement de métier. Pierre est resté comme absorbé par l'immensité du trou où il aurait pu tomber et se tuer ; mais c'est la mutation de poste de travail, ressentie comme dégradante qui a entraîné la floculation des symptômes. Jacques, un mois après la consolidation, présente des gastralgies (non supprimées par l'opération de la hernie), point de départ d'un périple médico-hospitalier qui le renforcera dans cette idée que le traumatisme osseux initial est bien à l'origine de tous ses maux.

L'attente frustrée est donc suivie d'une *phase de transition* de durée variable, au cours de laquelle se produisent des changements

pénibles pour le blessé. Les dispositions prises à son encontre agissent sur lui en tant que *second traumatisme psychique*. Deuxième événement qui vient accentuer l'orientation rétroactive du temps, « recherche du temps perdu », démarche qui affirme sa tendance à s'accrocher au point d'impact de l'accident de manière à en faire l'événement initial, le traumatisme originel, cause unique pour le blessé, de tous ses troubles fonctionnels.

Cette direction récurrentielle du temps a des effets qui réduisent le temps appartenant au présent. Le présent de l'actuel se rétrécit, se dépeuple, se trouve comme repoussé vers ce qui n'est plus là. L'espace du « maintenant », de plus en plus atemporel, se rapetissant sans cesse, ne peut plus accueillir que ce qui n'a pas besoin de réalité : le récit des symptômes et des vocables *qui s'élabore en hors-temps*.

Parfois, bien qu'acquise la consolidation, l'état du blessé reste stationnaire. La greffe névrotique *est différée*. Il faudra attendre la survenue d'un *renforcement sensibilisateur*. Cet intervalle libre, sans signes, correspond au temps de latence.

3. LE TEMPS DE LATENCE

P. Sivadon ⁴ a remarqué, dans l'anamnèse de certains patients venant en consultation lors d'un premier épisode névrotique, la présence d'événements traumatiques antérieurs. Il a constaté qu'un accident, une maladie générale, une modification brusque dans le style de vie, une situation traumatique quelconque, pouvaient être admises sans provoquer de réactions d'intolérance. Mais, après une période libre, appelée temps de latence, la survenue d'une deuxième perturbation apparemment anodine favorisait l'éclatement psychopathologique qui, en réalité, n'était que la réponse au premier traumatisme vécu. Le décalage dans le constat de l'apparition des troubles peut atteindre jusqu'à trois ans, il oscille autour d'une durée moyenne de trois à sept mois.

Pour P. Sivadon, « il s'agit de phénomènes de sensibilisation et de rappel. Le type en est : blessure affective grave par perte de la mère, absence de réaction émotionnelle apparente ; deux ans plus tard, mariage de la fille, d'où séparation : déclenchement d'une colite ulcéreuse » ⁵ (p. 109-110). Réponses différées, décalages temporels et phénomènes de sensibilisation se regroupent

dans *«les manifestations anniversaires»*. P. Sivadon ⁶ a constaté que les manifestations névrotiques ou psychosomatiques surviennent en respectant des périodes, des cycles. La première d'entre elles laisserait une trace, un souvenir, préparerait ainsi le lit aux suivantes qui peuvent se développer soit spontanément, soit sous le couvert d'un stress. Les cycles anniversaires sont annuels ou biannuels, ils peuvent sauter une année, peut-être deux, puis réapparaître. Des psychiatres américains ont étudié les effets des modifications des rythmes de vie, des changements de l'engagement professionnel et ont constaté leurs incidences dans l'apparition ultérieure des troubles névrotiques ⁷.

J. Ley signale que beaucoup de névroses post-traumatiques et surtout les névroses dites de rente apparaissent comme des maladies de la rencontre. Elles résultent de «situations sociopathiques au sens défini par J. Hohmann» ³ (p. 1276). Par ailleurs, «comme le dit aussi Laughlin, la période de latence peut avoir des causes multiples; elle est toujours strictement individuelle et doit être étudiée dans chaque cas» ³ (p. 1277).

Ces faits proposent deux constatations. D'une part, il semble souvent nécessaire, pour que s'installe la maladie-langage, qu'un deuxième événement perturbateur revienne sur le premier, lui réellement originel, pour en parler, pour tenter de l'extérioriser, pour essayer de le «faire sortir de soi». D'autre part, le degré d'insertion dans la vie, ce que nous appelons la qualité des surfaces d'accueil, joue un rôle prépondérant. Lorsque ces surfaces sont accueillantes véritablement et que, suffisamment maîtrisables et maîtrisées, elles permettent la poursuite du même genre de vie que par le passé, l'événement premier peut «passer», il peut être absorbé par l'histoire. Par contre, si les surfaces d'accueil résistent, si elles sont même source de nouvelles perturbations, elles deviennent alors génératrices d'effets de pouvoir qui contraignent l'individu à la décompensation névrotique. *C'est le jeu des relations qui est perturbateur et permet la maladie-langage; celle-ci vise à actualiser et à présentifier l'événement originel.*

La notion de temps de latence nous éclaire sur le rôle pathogène des cycles temporels et sur les conditionnements en périodes ou intervalles temporels, mais elle montre simultanément que *le rôle des «surfaces d'insertion» n'est pas anodin et que tous les pouvoirs pathogènes ne reposent pas sur le seul sujet.* Celui-ci devient à son insu le jeu des agencements qui le traversent.

D'où la vulnérabilité de chacun face à toute modification de ces agencements qui peut entraîner l'apparition de troubles fonctionnels structurés en maladie-langage.

Les longues suites d'attentes et l'attente frustrée que nous venons de décrire introduisent un arrêt dans l'écoulement du temps. Le présent est limité dans sa puissance d'action. Les productions hors-temps, imaginaires surtout, deviennent possibles. On assiste à une valorisation du passé par le récit, avec absence de futurition freinée ou bloquée par le poids des symptômes. Telles seront les caractéristiques de la structure temporelle de la maladie-langage post-traumatique.

III. STRUCTURE TEMPORELLE DE LA MALADIE-LANGAGE

*Le temps, il meurt en soi et s'engendre de
soi.*

*Il vient de toi, de moi, ce dont tu viens, et
moi.*

*L'homme est, lui, dans le temps, et le temps
est dans l'homme.*

P. Fleming ⁸.

Le temps ne s'écoule pas dans le vide. Le temps est produit par des actes et des œuvres. Le temps est attaché aux symptômes et aux mots du récit jumelé de la maladie-langage. Le temps est perçu de façon différente, en fonction même de sa distribution à travers les matrices pathogènes constituées par l'insatisfaction, l'épuisement, la douleur. Le temps se transforme dans la maladie-langage et dans les changements subis par le malade. Les rythmes de distribution temporelle ne sont pas semblables vis-à-vis de soi ni vis-à-vis des autres. L'écoulement temporel est senti autrement ; des décalages, des distorsions apparaissent. La succession des actes n'est plus la même : les jours passent, identiques, mais ils ne sont pas remplis de la même façon.

Le présent est le temps majeur puisque seul le présent existe. L'imagination peut nous porter en avant, elle peut, grâce à la mémoire, nous faire revivre le passé. Cependant le temps est une succession réelle d'instantanés qu'on ne peut vivre qu'au présent.

Le présent est un instant vivant, qu'on vit plus ou moins consciemment, qui est plus ou moins plein de nous, qui passe plus ou moins vite, mais dont la vertu fondamentale est de passer. Le passé et le futur lui assignent des limites. Par une contraction des instants, le présent se trouve ainsi constitué dans sa valeur temporelle. Il s'agit d'une synthèse qui, d'après G. Deleuze est intemporelle : « Elle constitue le temps comme présent qui passe. Le temps ne sort pas du présent mais le présent ne cesse pas de se mouvoir, par bonds qui empiètent les uns sur les autres. Tel est le paradoxe du présent : constituer le temps, mais passer dans ce temps constitué » ⁹ (p. 108).

L'attente introduit une laxité dans le temps qui s'écoule. Le temps est trop long à passer. L'attraction du « pas-encore-là », l'impatience de vivre le temps à-venir ne laissent pas le présent s'abreuver au temps qui coule pour en faire son plein. Lorsque l'attente est frustrée et qu'il n'y a plus rien à attendre, le temps s'arrête, subjectivement il perd de sa valeur pour le présent. Si « l'attente est attentive » selon N. Grimaldi, et que « le présent n'est pour elle que le fond sur lequel elle se prépare à percevoir la figure de l'avenir... » ¹⁰ (p. 209) l'attention va changer de sens. Du fait qu'il n'y a plus de véritable attente, les « figures » vont surgir dans ce présent rétréci et la maladie-langage va pouvoir se structurer dans un temps métamorphosé.

Ces variations temporelles portent à la fois *sur le présent* qui n'est plus le temps de la vie, *sur le passé* qui, gonflé par le regret, prend une importance insoupçonnée et sur les *conduites de répétition* favorisées par l'impossibilité d'élaborer une futurition. Le temps ralentit son cours, puis il est utilisé récurrentiellement et dirigé vers le point nodal d'où tout le processus est parti. Cette démarche joue d'abord un rôle fixateur : le passé ne peut s'écouler et le « maintenant » ne peut se dilater, s'avancer en amplitudes souples et agréables. Mais la fonction de répétition a d'autres vertus, celles d'accumuler le temps quantitativement pour en renforcer l'identité des instants, jusqu'à ce qu'une transformation qualitative se dessine et s'affirme.

1. LE PRÉSENT ATEMPOREL ET ACHRONÉ DE LA MALADIE-LANGAGE

Subjectivement c'est la non-amélioration des troubles physiques

qui frappe le plus le blessé qui se replie alors sur lui-même. La tristesse renforce l'attitude autistique. *Un monologue intérieur* active les représentations accompagnant les symptômes. Une expression différente se prépare, nourrie par l'inhospitalité environnante. « Proférés par autrui les mots confèrent une position de réalité au possible en tant que tel » écrit G. Deleuze⁹ (p. 335). Le temps dévié de son cours, détourné, va alors « tourner en rond », subir contractions et condensations. Le temps perd cette fluidité qui lui permettait d'être vraiment le « temps ». Ces noyaux de concentration deviennent les matrices génératrices qui jouent le rôle « d'opérateurs » dans le devenir réactif de la temporalité, assurant une distribution sans cesse plus appauvrie de la chronogenèse.

Le présent adynamogénique, les contre-temps de l'irritabilité, la rythmicité des algies font que tout se recroqueville et devient compact : rien ne va avec le temps. Si appels et plaintes réussissent encore à éveiller une certaine bienveillance, les gémissements ne font que redoubler. « La compassion est la praxis du nihilisme » a noté Nietzsche qui ajoute : « Quant à la souffrance, la compassion la rend contagieuse. Dans certains cas elle fait que la source de vie et d'énergie vitale perdue est absurdement disproportionnée à l'importance de la cause »¹¹ (p. 164-165). Le temps s'enlise et se raidit.

Le présent de la maladie-langage se situe ainsi hors du temps de la vie. La chronogenèse se tarit. Le temps intensif se joue de lui-même. Le temps ne devient pas ; il est atemporel par rapport à son écoulement ; il est absorbé et conservé dans les signes psychopathologiques. Seul le passé est évoqué et semble conserver encore quelque attirance ; sans doute parce qu'il est hors du présent.

2. LE PASSÉ MERVEILLEUX

Les symptômes diminuent la distance qui sépare le sujet des choses. Les commentaires sur les impressions vécues s'ajoutent à ce qui est éprouvé, pour supprimer tout intérêt à ce qui n'est pas la maladie. Les messages émis par les autres, les stimuli provenant des objets ne déclenchent qu'agacement et irritation. Le blessé ne peut se séparer de ses troubles. L'au-delà, le lointain perdent leur attrait. Même l'impatience perd son mordant. La

résignation a seule force de loi. Les surfaces de l'actuel étant de moins en moins accueillantes, le patient se tourne vers l'autre-fois ; il reste possible de faire marcher la mémoire. Les souvenirs au moins, personne ne peut y toucher. Mais comme la réception des souvenirs dans l'actuel risque de se teinter d'amertume, il convient de régler l'ordre et les modalités de la remémoration. Tous les souvenirs ne sont pas « évocables » ; les modulations de l'humeur, limitées au registre de la tristesse, les empreignent de regret et de nostalgie, et ils viennent ainsi alimenter la maladie-langage, y introduire leurs effets propres.

Le présent désertique, privé de temps actif, favorise la production rétrospective. *Ce n'est pas une fuite du temps mais bien un travail productif. Ce présent hors-temps de la maladie-langage incite à chercher le temps là où il est encore possible à chacun de le trouver, dans le passé.* Le patient a besoin de faire le récit de tout ce qui est arrivé, d'autant qu'il est maintes fois sollicité et encouragé à fournir des explications toujours plus complètes. Personne ne veut parler du présent ; une véritable « fringale » de passé s'empare de tous. Chaque consultation, chaque démarche provoque un nouveau récit qui laissera peut-être enfin poindre cet élément nouveau resté caché qui pourra enfin expliquer ce présent des troubles, toujours non admis.

Ces narrations s'ornent bientôt de broderies, ourdies dans l'intimité, puis commentées en famille avant d'être proposées aux autres. *L'investigation temporelle fouille l'en-deça de l'accident*, ce qui était bien connu. Elle rappelle combien les travaux et les jours faisaient bon ménage, comment tout se déroulait, était réglé « comme papier à musique ». Peu à peu, ce qui aurait pu être mais n'a jamais été se mêle au récit et en accroît la portée affective. Enfin, ce qui allait advenir si « ce maudit accident n'était pas arrivé » vient se greffer sur le récit pour attirer vers lui la trame narrative. Le passé s'enrichit, se charge de pouvoirs irréels qui accentuent les effets de regret et de nostalgie, marquant « l'irréversible du temps » comme dit V. Jan-kélévitch ¹².

Le merveilleux du passé évoqué peu à peu se fissure. La présentification est inefficace à ne choisir que les bonnes choses. *Irrévocablement le temps évoqué se rapproche du moment de l'accident* : cet épisode fâcheux que le blessé voudrait ne pas avoir vécu, puisque depuis rien ne va plus. Et il a beau ponctuer

son récit du banal «je n'ai pas eu de chance», le clôt par le classique «maintenant il ne faut plus y penser... ça finira bien par s'arranger», l'évocation poursuit son action perforante autour de ce laps de temps correspondant à l'accident. Progressivement, cette période du temps qui paraissait compacte, qui ne pouvait être considérée qu'en bloc, formant socle avec l'accident, s'effrite, se laisse différencier en parties distinctes. Un beau jour, il appert que l'accident a introduit un changement, un temps d'une autre nature que celui qui se déroulait jusque-là, qui se succédait à lui-même, bien «dressé», connaissant bien son cours. Tel est le résultat des conduites de répétition qui exercent leur réactivation précisément sur le passé lui-même.

3. LA RÉPÉTITION

Le passé est si despotique qu'il contraint le blessé à l'évoquer, presque malgré lui. L'accident revient même dans le contenu des rêves et parfois sous forme de cauchemar. Dans ces circuits temporels répétitifs, le vecteur rétrospectif du temps se double d'une force récurrentielle, vigoureuse et tenace. On peut penser que ce sont des stéréotypies, des retours monotones, stériles et inutiles puisque «cela ne peut changer les choses», qui lassent tout le monde et l'intéressé lui-même. En fait cette attitude est si fréquente qu'on peut émettre l'hypothèse d'une détermination de cette constance. Freud a suggéré «qu'on répète parce qu'on refoule» et que c'est le «refoulé» qui exige ces répétitions. La répétition s'exerce à plusieurs niveaux, le travail des conduites répétitives se fait simultanément sur plusieurs couches, les effets obtenus sont divers.

Ce sont les connotations du récit qui, dans leur organisation narrative, produisent la répétition et lui servent de support. L'actuel est tellement indésirable, comparé au passé, qu'il est aisé de comprendre comment ces sujets sont contraints à exposer et à réexposer ce qui a marqué l'écart. Rengaines, litanies, qu'il faut bien accepter tout inefficaces qu'elles soient. Les mots-valeur et les mots-savoir se détachent de leur signification et fonctionnent comme des mots-fétiches ramenant sans cesse le discours vers son point-source, point de rupture sans lequel il n'y aurait pas eu cette histoire clinique. C'est bien l'expression créatrice elle-même qui exige ce report en arrière, cette nécessité

itérative de ramener le passé dans le champ de la parole actuelle. C'est un travail des surfaces énonciatives qui reste en surface et circule à travers les réseaux du récit discursif.

La répétition permet encore, sur le plan temporel, d'autres opérations : des *contractions temporelles*. Si le présent actuel est tellement rétréci et vide de temps vivant, c'est parce que le temps a été retenu en amont et qu'il ne peut plus s'écouler. Une rétraction-contraction du passé s'immisce dans le présent, pèse sur lui et le retient. Comme le précise G. Deleuze « Le passé ne fait pas passer l'un des présents sans faire advenir l'autre, mais lui ne passe ni n'advient. C'est pourquoi, loin d'être une dimension du temps, il est la synthèse du temps tout entier dont le présent et le futur sont seulement les dimensions »⁹ (p. 111). Telle est la clef de la répétition : sa force récurrentielle lui vient du passé du temps. Le ressassement des mêmes mots, la rumination mentale, les défilés de représentations psychiques, le récit itératif des symptômes seraient-ils inutiles ? Lorsqu'on admet au contraire que la répétition est déterminée par la force rétroactive du passé du temps, on comprend mieux que non seulement ces malades ne peuvent faire autrement, mais qu'ils doivent absolument le faire et poursuivre ainsi la répétition.

Peut-on dire que ces conduites répétitives poursuivent une finalité propre, qu'elles ont un télos secret ? En réalité, *le but se crée au cours du travail itératif du récit à mesure qu'il se complexifie dans la surface énonciative*. La « raison » de ce fonctionnement s'élabore dans l'exercice répétitif du fonctionnement lui-même. Ces conduites temporelles rétrospectives et rétroactives deviennent des fonctions de recherche, d'investigation, d'actualisation, de présentification pour amener dans la surface discursive ce qui n'y est pas encore. Le travail très réel du discours part des surfaces et se fait dans les surfaces. L'élaboration du récit se produit en même temps que le processus de répétition se structure et se renforce. Le processus engendre et parcourt ses moments en les retenant en lui, en les rendant effectifs.

La démarche est double. D'abord pour détecter, repérer, saisir ce moment singulier de l'arrêt du temps où s'est exercée la cassure du traumatisme qui a fait événement. A mesure que le récit crée l'événement il recrée et circonscrit les conditions de son apparition et de son emplacement jusqu'à ce qu'enfin l'événement se montre sous son vrai visage d'événement. *Il est*

clair que l'accident, pour ces blessés, a été autre chose qu'une simple blessure corporelle. Parallèlement, le processus récurrent, répétitif, essaie de se rapprocher de ce point de rupture au maximum jusqu'à coïncider avec lui et mettre fin aux effets pathogènes (maléfiques ?) qui en découlent.

La répétition a pour fonction de rétablir le contact, de faire repartir le mouvement, de remettre le temps dans son cours. La production de la maladie-langage ira jusqu'à recréer l'événement; elle lui attribuera le pouvoir d'être à l'origine de tous les troubles et parviendra peut-être alors à s'en dégager. Le processus psychopathologique se branche sur le processus déclenché par l'accident en rejoignant l'insolite et insupportable mutation introduite par le traumatisme; mutation secrètement renfermée dans la capsule métaphorique de l'événement.

Il faut maintenant suivre les entrelacements du temps de l'événement et du temps de l'histoire dans le hors-temps de la maladie-langage.

IV. LE TEMPS HISTORIQUE ET LES RUPTURES INDIVIDUELLES

N'est-ce pas la société qui construit les cadres temporels où se situent notre activité, nos récits, nos projets, notre vie, quand bien même l'individu n'aurait pas conscience de cette construction ?

W. Grossin ¹³.

Que peut être le temps historique pour ces blessés, ces travailleurs manuels pour la plupart ? Il représente l'accumulation de leur vie, faite de travail, de relations au sein de la constellation familiale, des rapports directs et indirects avec la société environnante. Système de relations qui assume sa succession de façon silencieuse. Les séquences diachroniques sont en effet discrètes. Les faits et les tâches s'imbriquent et se meuvent dans un ensemble relativement bien lié et compact. Les phases de travail et les phases de repos, les périodes d'activité et les vacances font partie du panorama connu, de même que les jours de

fête. Tout est si bien réglé, se succède et s'articule avec tant de souplesse, qu'il n'y a plus pour la pensée individuelle qu'une suite de moments ou de situations apparemment stables. Une apparente synchronie domine chaque instant et absorbe la diachronie difficilement discernable d'emblée et sans réflexion rétrospective. Les anticipations sont souvent passives, suggérées par le milieu, informulées, automatiques. Aussi le moindre imprévu vient-il en compromettre le déroulement, jeter le trouble. Un effort de réadaptation sera nécessaire pour rejoindre le courant qui, lui, a continué sa voie, pour y retrouver une place, « sa » place si possible.

1. HISTOIRE INDIVIDUELLE ET TEMPS HISTORIQUE

S'il est vrai que « le temps c'est de l'argent », que le temps est le travail et les actes de la vie quotidienne, on doit retrouver ces deux paramètres dans ce qui fait histoire chez le blessé, dans ce qui lui permet d'établir des relations avec les autres et avec les choses. L'exécution technique du travail se déroule suivant des cycles d'occupation et de repos. P. Sivadon ¹⁴ a étudié les facteurs de désadaptation liés aux changements de rythme ou de cadence, à l'alternance du travail diurne et nocturne. Il a souligné l'importance de la segmentation du temps, des « cycles opérationnels » qu'on souhaiterait adaptables à chacun. *Les périodes peuvent être intériorisées* pense P. Sivadon ¹⁵, elles sont reproduites et retrouvées dans la constance de l'apparition des troubles : temps de latence, temps d'incubation, phase de rappel. Nous-mêmes avons observé chez les responsables et les dirigeants des perturbations en fonction des séquences temporelles (fin de semaine chargées, week-end mal toléré, etc.) ¹⁶. L'exécution des tâches : distribution et exactitude des gestes, rythmes à adopter et à maintenir, rendement à assurer, réclame des efforts individuels. Si apparemment le travailleur fait bloc avec sa tâche, c'est là le résultat d'un long apprentissage et d'acquisitions multiples. De leur déroulement adéquat, de leur périodisation réussie, découlent une économie des moyens mis en œuvre et des effets de satisfaction.

L'homme est dans le « faire » qui rythme son histoire. Mais ce « faire » se traduit par un avoir : le travail a une valeur, il est lié à une rémunération. L'argent est un langage. L'intérêt du gain

n'est peut-être pas seul à motiver l'homme au travail, même s'il en est l'attribut majeur. La rémunération a des prolongements, des résonances sociales et psychiques qui servent, pour soi et pour les autres, d'échelle d'évaluation. « La monnaie n'est pas une chose, c'est un rapport social » écrit Marx ¹⁷ (p. 7). Le travailleur fait partie d'un circuit d'échanges dont les composantes économiques dominent tous les rapports. « Le travail, la force de travail, en tant qu'elle se vend et s'achète, est une marchandise comme toute autre marchandise et a, par conséquent, une valeur d'échange » ¹⁷ (p. 50).

L'infrastructure du temps historique, pour ce travailleur accidenté, est fonction de sa propre « valeur d'échange », c'est-à-dire du travail qui est ou n'est pas effectué, de la rémunération qui en résulte. Le temps historique est perturbé dès la survenue de l'accident qui provoque en effet un désengagement brusque des forces, une mise hors circuit de la rythmicité temporelle requise par l'exécution quotidienne des tâches, une dévaluation relative de la valeur propre du blessé par la perte de gain subie dans l'immédiat et qui risque de se perpétuer, les fluctuations du marché du travail entraînant presque certainement un coefficient de déclassement professionnel.

L. Althusser ¹⁸ rappelle que, pour Marx, le temps historique est déterminé par la division du travail. D'après Althusser, ce temps historique s'impose comme tel, fonctionne comme une structure qui s'infiltre en chacun pour chaque moment. Ainsi la problématique individuelle fait partie d'une structure plus vaste qui l'englobe et l'enveloppe. Cependant, des « épreuves » concernent chacun en particulier de façon diverse, et des adaptations évolutives sont nécessaires. L'accident sera en quelque sorte une « mise à l'épreuve », effet de la destinée qui a pour première conséquence d'éjecter l'accidenté de la trajectoire temporelle qui lui semblait être la sienne et qui l'englobait, mais qui appartient en réalité à la structure socio-historique. Le « fatum » impose une mise hors-temps et l'obligation subéquente d'inventer une nouvelle façon de vivre et de construire le temps, son temps à soi et celui qui met en rapport avec les autres, seule possibilité pour continuer à faire partie de « son » temps.

2. LES RUPTURES DU TEMPS HISTORIQUE PERSONNEL (TEMPS BIOGRAPHIQUE)

*Le quotidien enroule en cycles le temps
linéaire de l'avant et de l'après.*

W. Grossin ¹³.

Le temps historique global est un procès complexe, linéaire, continu, constitué en une structuration d'ensemble qui « glisse » et transporte avec lui le temps historique individuel. Ce temps historique total est le résultat des échanges des rapports de production ; il est élaboré par les masses et non individuellement par tel ou tel homme. L. Althusser précise : « Il n'est possible de donner un contenu au concept de temps historique qu'en définissant le temps historique comme la forme spécifique de l'existence de la totalité sociale considérée » ¹⁸ (p. 136). Dans ce réceptacle temporel déjà prêt, chacun greffe ou isole ses propres caractéristiques. Le temps se déroule de façon apparemment homogène pour une période donnée, du moins à l'échelle macroscopique, celle que chacun utilise communément. Ce temps (intrinsèquement divers) est génétiquement articulé en séquences synchrones qui retiennent ou enchaînent les éléments diachroniques (qu'on retrouve ensuite lors d'un examen microscopique rétrospectif).

La survenue d'un accident, *élément hétérogène*, impose la création d'un temps différent. Ce temps, propre au sujet blessé, s'écoulera linéaire et continu, parallèlement au temps historique, social, jusque-là en harmonie avec la temporalité individuelle. Tout écart, tout retard introduira une distorsion temporelle qui rendra d'autant plus malaisé à ce temps nouveau de rejoindre le cours du temps historique, celui des actes professionnels quotidiens, branché sur le temps historique du tout social. *Habituellement, lors d'un accident peu important, d'une maladie simple, le temps se met en réserve*, stagne un peu puis circule dans une voie adjacente, sans perdre de vue, en quelque sorte, le temps historique principal qu'il rejoint dès que possible, dès que « tout est rentré dans l'ordre ». C'est une rupture prévisible ; la mise au repos n'entraîne pas de perturbation majeure. Mais si la cassure se creuse, si le temps circule mal sur cette voie adjacente, auxiliaire, il ne peut revenir au temps de la voie historique, temps majeur, celui de la biographie. Ce sera le premier signe temporel

de la maladie-langage post-traumatique. Il n'y a plus de futur. L'attente est frustrée, l'anticipation supprimée. C'est la perplexité. *On assiste à un éloignement tendanciel du temps historique* : le blessé ne peut rejoindre ni son travail ni sa vie d'avant l'accident, il se tient entièrement dans l'histoire du syndrome qui va imposer sa structure temporelle.

L'hétérogénéité temporelle est double. Hétérogénéité introduite par l'accident, contre-temps, événement réactif qui gêne le temps. Puis, après une phase d'incubation ou de latence, hétérogénéité de l'expression créatrice de la maladie-langage qui accuse encore la cassure et joue comme deuxième événement. Seul le premier événement traumatique reste en tant que repère apparent recouvrant le second, alors qu'il n'est en fait revalorisé que postérieurement, au deuxième moment du syndrome d'intolérance. L'événement introduit par la maladie-langage correspond à un temps doué d'une grande vigueur réactive qui s'alimente dans les symptômes; sa force insistera sourdement jusqu'à ce que, par le processus récurrentiel, répétitif, le retour du temps historique devienne de nouveau possible.

Le blessé éprouve sa maladie-langage comme « un corps étranger »; il ne se reconnaît pas en elle. C'est comme si « un autre » habitait en lui. Deux temporalités cohabitent, à la fois entrelacées et étrangères, en rapport de disjonction. Mais, c'est la temporalité de la maladie-langage qui s'impose et impose sa loi. Les symptômes mettent en relief ce que le sujet considère comme un événement irréversible et le temps qui en découle dérange et révolutionne le présent historique. Pour G. Deleuze le temps lié à l'événement - intronisé comme tel - est « du devenir pur dont le propre est d'esquiver le présent »¹⁹ (p. 9). On pourrait dire qu'il s'incruste dans le présent et le transforme à mesure que le récit se répète. Ces excroissances sont les métaphores et les métonymies, les symptômes et les propos du récit de la maladie-langage. Ce sont des fictions, images animées et habitées qui ne répondent à rien de matériel mais que le névrotique reproduit sans cesse. Ces fictions ne sont plus des représentations des circonstances de l'accident ou de tel autre moment pénible du passé du sujet, elles ne ressemblent à rien; ce ne sont pas des copies. Ces signes sont des simulacres animés par le temps réactif, ils le nourrissent rétroactivement : leurs effets traversent le corps qui en subit les agencements dissolvants. Ce sont les effets des surfaces, surfaces énonciatives et surfaces corporelles. Et,

c'est sur ces surfaces qu'il faudra exercer un effet différenciant pour réduire progressivement les incidences des pouvoirs et essayer d'atténuer les intensités réactives de la maladie-langage.

3. LE TEMPS DES DIFFÉRENCES

Avec l'activité qui les produit, les temps changent de morphologie, de structure, de rapidité, de cadence, de rythme.

W. Grossin ¹³.

Le blessé, en proie à sa maladie-langage, est en état de servitude et d'aliénation. Il est séparé de lui-même. « Le temps de cette aliénation n'est fait que d'une succession hétérogène d'instants séparés »¹⁰ (p. 11). Le temps reste en hors-temps. « Cette aliénation fait donc éprouver le temps comme l'étrange remplacement de chaque instant présent par un instant présent dont aucun présent n'a cependant d'avenir »¹⁰ (p. 11). Présent dépossédé de son temps, monotone, répétitif, qui incarne le ressentiment au sens de Nietzsche. Ce ressentiment est constitué par les combinaisons des affects réactifs des conditions de vie, les sentiments passifs et dépressifs mêlés de remords, de culpabilité ou de « vengeance revendicatrice » comme certains l'ont écrit (cf. note 3). Ce sont là des effets des pouvoirs subis, reflet de tout ce qui a été suscité (ou senti comme suggéré) par ce qui émane indirectement des institutions, des idéologies et de leurs représentants techniques. On trouve ainsi le socio-historique aux deux bouts de la chaîne, envahissant le sujet qui est plus agi qu'acteur. On sait qu'on a appelé les névroses post-traumatiques des « socioses » (Van den Berg, in note 3).

Situations de dépendance où tout semble subordonné à la force répétitive des effets découlant de l'accident : ces effets fonctionnent comme un « code d'effets », anonymes, insaisissables. *Jusqu'à ce que les surfaces d'accueil, d'écoute, d'aide et de réparation soient élaborées et que les composantes différenciantes s'installent.* Ce n'est que dans la mesure où les appareils du corps social aideront à la prise en charge active, individuelle et psychothérapique que le temps personnel pourra à nouveau se construire. Il faudra vaincre les distances, se rapprocher de ce corps devenu un peu étranger, entrer en soi de façon

plus affectueuse, apprendre un autre langage. Comme le dit Mourad Bourboune dans son roman : « Il te faut secouer la croûte durcie des mots reconnus pour que jaillisse enfin la nouvelle sève » ²⁰ (p. 120). En effet, les signes-fétiches véhiculent une charge affective qui réagit contre soi, réveillant ce mépris de soi-même, mêlé de peur et de non-amour de soi, qui avait pu habiter le blessé. Ce travail de changement passe par une pratique des différences qui s'effectue au niveau des surfaces dans la mesure où elles deviennent accueillantes et aptes à faciliter les distributions des énergies et du temps en multiplicités. Différences contrôlées en soi, différences contrôlables hors de soi.

V. CONCLUSION :

LE TEMPS DU DÉSIR ET LE DÉSIR DU TEMPS

La vie est plus mobile que le langage.

G. Bataille ²¹.

Le temps est la même chose que le désir.

G. Bataille ²².

La maladie-langage post-traumatique implique *une situation de privation*. L'accident a été le point de départ d'un autre style de vie, étayé par le récit de la maladie-langage qui vise par sa récurrence et ses redoublements à faire émerger après-coup l'événement. Manque de mobilité, opacification des surfaces de vie, impression de frustration, déclin des désirs. Plus les surfaces d'échanges sont gelées et improductives et plus le désir individuel se tarit, stagne et se fait muet. Les nœuds de la vie sociale, les condensations qui s'élaborent à partir de la fin de non-recevoir opposée par les pouvoirs entraînent une prise en masse de la production désirante, un arrêt des flux ; des correspondances s'établissent et augmentent encore la pesanteur. Seule la maladie-langage se manifeste ; elle absorbe et fixe toute la puissance du sujet. Cependant le désir de vie demeure, de même qu'un besoin de l'objectiver. La maladie-langage en témoigne d'ailleurs ; si elle objective un genre de vie vécu selon une modalité réactive, elle essaie de développer simultanément les moyens pour échapper à elle-même, à travers le processus récurrentiel de la répétition.

Si le sujet se sent étranger à soi-même c'est qu'il est trop massivement collé à lui-même par la maladie. Il a de lui une vision très « compacte » qui répond à une opacification des surfaces d'insertion. Or « on ne peut agir que sur ce dont on est séparé », écrit N. Grimaldi ¹⁰ (p. 163). Un éveil semble nécessaire pour aborder la pratique des détours, jouer de ruse avec les maléfices et introduire des distances différentes. Le travail, les rémunérations, les formes de vie sociale inhérentes à l'accomplissement des fonctions habituelles sont autant de distances maîtrisées qui permettent d'agir, de percevoir cette action et de bénéficier des résultats acquis. Pendant la durée de la maladie tout échappe. Ce sera donc à partir d'une intervention combinée sur la pesanteur des surfaces et sur l'individu renfermé en lui-même que l'émergence d'un changement deviendra possible. Le désir du temps est nécessaire pour fertiliser le présent de la vie, pour transformer le noyau d'inter-répulsions de l'état de maladie en un noyau d'inter-attractions, orienté vers l'activité productive et la dépense de jeu. A ce stade de l'évolution, les forces grandissantes du désir agiront afin que le temps veuille des désirs sans cesse accrus et favorise leurs effectuations.

Il faudra abandonner les espoirs déçus, les illusions trahies, ne plus se transfigurer en fictions de nature névrotique, s'éloigner de toute dramatisation qui pourrait encore se faire malgré soi, hors de soi. L'inversion du réactif exige l'effort conjugué du social et de l'individuel afin que chacun puisse considérer l'autre sans réserves. Le monde de la névrose s'alimente du pâtre et alimente le pâtre, traduisant ainsi un certain type de fonctionnement, une série de rapports dominés par le réactif appartenant à un procès de dissolution. Or, ce procès est ancré dans la vie, la sienne et celle des autres; il est l'une des modalités de la vie des groupes, des relations institutionnelles, du mouvement d'investissement des forces productives. Pour que le temps productif le soit vraiment et qu'il serve à construire le temps historique, la médiation s'enracine dans le désir profond d'être soi-même, désir qui est la production de la vie même : « Il faut avoir besoin d'être fort; autrement on ne le devient jamais » dit Nietzsche ¹¹ (p. 133). Besoin suscité aussi par l'accueil positif des surfaces. La puissance des forces n'est pas en elles seulement. La puissance n'est pas immobile et toujours égale à elle-même. Une force peut d'autant plus qu'elle est plus attractive, mieux attirée, bien accueillie. Là aussi, il faudra inverser les valeurs car « les

bonnes choses sont hors de prix et c'est une loi toujours valable que celui qui les possède est autre que celui qui les acquiert», écrit encore Nietzsche ¹¹ (p. 142).

NOTES

1. P. Bernard, « Événements sociaux et psychiatrie », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Masson, 37720 A 10, p. 1-10 - 2, 1955.
2. L. Crocq, « Délimitation et signification du concept de névrose post-traumatique », *Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française*, LXVII, 1969, t. II, Masson, 1969, pp. 1432-1436.
3. J. Ley, « Approche clinique et pathogénique des névroses post-traumatiques », *Congrès de psychiatrie et neurologie*, Bruxelles, 1969, t. II, Masson, pp. 1185-1293.
4. P. Sivadon, Mlle Markish, « Le temps de latence dans les névroses post-émotionnelles », *Annales médico-psychologiques*, t. I, n° 2, p. 244, 1953.
5. P. Sivadon, *Traité de psychologie médicale*, vol. III, P.U.F., 1973.
6. P. Sivadon, R. Amiel, *La psychopathologie du travail*, Paris, ESF, 1969.
7. A. Toffler, *Le choc du futur*, chap. XVI, Denoël, 1971.
8. P. Fleming, Poète baroque allemand du XVII^e siècle, traduction Marc Petit, *Action poétique*, 1976, n° 66, p. 15.
9. G. Deleuze, *Différence et répétition*, P.U.F., 1968.
10. N. Grimaldi, *Le désir et le temps*, P.U.F., 1971.
11. F. Nietzsche, *Œuvres complètes*, t. VIII, vol. I, L'Antéchrist, pp. 164-165, Gallimard, 1974.
12. V. Jankélévitch, *L'irréversible et la nostalgie*, Flammarion, 1974.
13. W. Grossin, *Les temps de la vie quotidienne*, Université de Lille, 1973 (réédité Mouton, 1974).
14. P. Sivadon, « La psychopathologie du travail », *Médecine et collectivité* du 22 juin 1957.
15. P. Sivadon, « Psychopathologie du travail », *Evolution psychiatrique*, n° 3, 1952, pp. 451-471.
16. A. Sivadon, A. Fernandez, « Aspects psychopathologiques des conduites temporelles chez les dirigeants », *Journées de médecine du travail*, Marseille, 26-29 mai 1960.
17. K. Marx, *Misère de la philosophie*, Editions sociales, 1946.
18. L. Althusser, E. Balibar, *Lire le Capital*, Maspero, 1968, t. 1, p. 112.
19. G. Deleuze, *Logique du sens*, Minuit, 1969.
20. M. Bourboune, *Le muezzin*, C. Bourgois, 1968.
21. G. Bataille, *Œuvres complètes*, t. II, Gallimard, 1970.
22. G. Bataille, *Œuvres complètes*, t. VI, Gallimard, 1973.
23. G. Bataille, *Œuvres complètes*, t. VIII, Gallimard, 1976 (La souveraineté).

Conclusion

L'événement en «suspens» Troubles réactionnels et troubles consécutifs à un événement temporel

*Rien ne disparaît dans le monde vivant.
Les espèces les plus anciennes persistent à
côté des plus neuves.*

F. Jacob ¹.

*L'organisme ne peut se dissocier de son
milieu. C'est l'ensemble qui se modifie et
se transforme.*

F. Jacob ¹.

Freud a misé sur le postulat de la reviviscence de l'ancien dans le nouveau : les structures premières persistent, forment une trame potentielle susceptible de se manifester ultérieurement. Cependant les variations de l'environnement au cours de l'existence peuvent produire des surtensions, des cassures que l'homme vit en tant que traumatismes et auxquelles il répond par des défenses. En avançant cette hypothèse, nous aurons déjà dans notre raisonnement séparé l'homme de son milieu, introduit une scission qui risque de fausser la compréhension des faits. Nous retrouverons ce vice de jugement et les difficultés qu'il entraîne dans l'explication des troubles dits réactionnels et dans la notion même de réaction. Il faut expliciter encore ces concepts pour mieux saisir le fonctionnement des perturbations post-traumatiques.

I. PSYCHOPATHOLOGIE DU RÉACTIONNEL

Les troubles psychiques, psychosociaux, psychopathologiques sont fréquents dans les affections dues à des facteurs physiques; ils ont tendance à envahir la scène clinique. C. Koupernik rappelle, à propos des traumatismes extra-crâniens : « La survenue des troubles psychiques immédiats ou à retardement dans les suites de tout traumatisme, de tout accident, de toute blessure, de toute catastrophe, est un fait bien connu et que l'on vérifie tous les jours. L'absence totale de corrélation entre la gravité anatomique des lésions et l'importance de ces troubles psychiques est un autre phénomène qui apparaît avec évidence à l'examen des malades »² (p. 5). Nous savons que l'approche de ces « névroses post-traumatiques » a amené les auteurs à souligner l'importance des réactions organiques du corps mais aussi à remarquer celle du socio-économique. Ainsi, ce qui, pour les uns, pourrait être une véritable « névrose d'organe » (H. Ey a parlé de réactions psychosomatiques pures) est considéré par d'autres comme une « névrose de rente ». (L'école allemande de Bonhoeffer et Hauptmann, dans les années 1926-1930, attribuait en bloc tous ces troubles psychiques au désir d'indemnisation). C. Koupernik discute la valeur de ces opinions et conclut à la réelle existence de ces troubles. Hécaen fait remarquer que ces manifestations sont envisagées ou bien comme étant d'origine psychogène et le rôle du traumatisme est alors nié, le rôle majeur étant dévolu au passé pathogène du sujet, ou bien comme étant d'origine organique et la notion de névrose est ainsi rejetée et considérée comme création individuelle ou maladie-langage² (p. 6). C. Veil, d'une façon intégrative et globaliste écrit : « La névrose traumatique est tout autre chose qu'une simulation; en particulier, elle exprime une situation complexe et porte l'empreinte des demandes de la société et des médecins à l'égard du blessé. Toute exploration doit tenir compte de la personnalité de la victime, des circonstances du traumatisme, des facteurs sociaux »³. Si la notion de névrose est elle-même une conception trop limitée, trop marquée par le déterminisme psychogénétique, on voit que ce langage névrotique s'enracine dans la constellation sociale, dans une série de rapports d'intégration/désintégration. Il semble donc utile de spécifier l'aspect dit réactionnel de ces troubles.

L'évolution même de la conception de «troubles réactionnels» nous montrera les indices de changement de perspective. *La notion de réaction en psychopathologie* permet de mieux situer les deux courants de la psychogenèse et de l'organogenèse. J. Starobinski, dans un texte intitulé «Réaction, le mot et ses visages»^{4b} (p. 19-42), évoque la dénotation sémantique du vocable. *Reactio*, *reagere* désignaient pour les auteurs latins un état passif (*pati*). L'idée stoïcienne d'une action-réaction changeante des choses et des êtres se retrouve dans l'idée actuelle de rapports réciproques que l'alchimie d'abord, la chimie et la physique ensuite ont corroborés. «Toute prépondérance est quantitative : un corps exerce plus de force qu'un autre parce que sa masse et sa vitesse sont plus grandes. La passivité n'est donc pas, pour le sujet subissant, la marque d'une infériorité indélébile : elle est une situation transitoire où se regroupent déjà les énergies de l'action en retour»^{4b} (p. 20). Les couples verbaux, agir/réagir, action/passion, action/réaction, traduisent de plus en plus des changements de direction des actes. Cependant le terme *réagir* a pris peu à peu le sens dominant d'une action salutaire contre une défaillance ou une agression. «Si vivre, c'est réagir, dit J. Starobinski, l'on sera tenté de considérer toute réaction, de quelque nature qu'elle soit, comme un effort salutaire de l'organisme»^{4b} (p. 29). On favorisera donc les réactions considérées comme «bonnes»; on interprétera les symptômes et les moyens de défense comme de «bonnes» réactions, en ce qui concerne aussi bien les réactions physiques que les réactions morales. «Il est d'ailleurs hautement significatif que la première doctrine de Freud, à l'époque du traitement cathartique, ait été formulée comme une technique destinée à favoriser l'*abréaction* des effets refoulés», ajoute J. Starobinski^{4b} (p. 34). Abréaction qui est retour du réactif, cheminement inverse de ce qui, dans le réactif, est resté prisonnier et oublié en soi. S'ouvre ici la conception d'une accumulation du réagir qui sédimente et fait histoire pour peser sur ce qui pourrait advenir.

Mais la notion de *réactionnel* reste attachée au réagir d'un individu face à un événement extérieur. Aux termes réaction, réactionnel, s'adjoint une signification de causalité. Karl Jaspers et Adolf Mayer parmi d'autres, consacrent cette pathogénie en psychopathologie. Cependant, comme l'écrit J. Starobinski : «Toute réaction implique l'affrontement dramatique d'un être

et d'une réalité environnante : le lien entre les deux "acteurs" est évident. Or, l'interprète, s'il le veut, peut indéfiniment jouer l'un de ces deux termes contre l'autre. Tout au moins dans une pensée accusatrice qui se plaît à fixer des responsabilités, à désigner des coupables. Il y a tout lieu de croire que cette pensée accusatrice témoigne chez qui la pratique d'une propension à la plus sommaire des réactions. Si le savoir peut être considéré comme le prolongement des premières réactions humaines aux stimuli et aux périls du monde environnant, il ne s'y réduit plus» ^{4b} (p. 41).

Yves Pélicier (« Réaction et histoire de la personnalité » ^{4a} (p. 7-17) souligne dans le même sens : « La notion de réaction n'a jamais la valeur d'une explication causale. Elle signale des correspondances concrètes plus que des dépendances. Entre un événement et une personnalité, l'implication est réciproque. Sans le premier, la personnalité est anhistorique, sans la seconde l'événement est sans épaisseur ni sens » ^{4a} (p. 17). Très incisif, Y. Pélicier dénonce les dangers d'une psychogenèse fermée sur elle-même, ne tenant compte que de la force génératrice d'un passé dont les échos glisseraient indéfiniment sur les surfaces : « La psychanalyse valorise plus encore les origines : le développement libidinal, ses stades et ses avatars, déterminent la qualité de l'appareil psychique, la circulation ultérieure de l'énergie psychique et l'orientation des investissements, en fonction des pulsions internes et externes, enfin le rapport des forces en conflit et aussi l'issue dynamique de ce conflit. Pour comprendre l'homme labyrinthique il n'y a qu'à suivre le fil rouge qui mène de l'écume in-signifiante des jours présents aux abysses où tout a commencé. Notons bien ici la tentation de l'occasionnalisme qui guette toute psychologie déterministe : en raison même de la force du modèle génétique, l'accident (occasus) ne peut être cause d'un changement, mais déclenche l'action de la véritable cause. L'événement, la situation, apparaissent l'occasion à propos de laquelle s'exerce un montage antérieur. L'expérience, jadis modelée, est désormais modelante, instrument presque parfait d'une destinée ou d'une fatalité, comme on voudra. La réaction n'est ici que réactivation » ^{4a} (p. 11).

Dans la perspective organodynamiste qui est la sienne, H. Ey (« La notion de "réaction" en psychopathologie » ^{4c} (p. 43-62) remarque utilement : « Disons donc, d'emblée, que la réaction

s'opère au niveau psychique, dans le sens même de l'équilibre du système relationnel, tout comme elle rétablit l'ordre normal au niveau biologique. Si nous entendons prendre à ce niveau de réflexion (celui proprement de l'auto-régulation, de l'homéostasie, des interactions, des défenses) plutôt qu'au niveau réflexe (cybernétique et conditionnement, circuits en feed-back, etc.), le problème posé par la banalité et l'usage absurde de « maladie mentale réactionnelle », c'est parce qu'il faut aller jusque-là, à la racine même du sens de la "réaction", pour bien comprendre que la pathologie mentale implique que *la maladie est une maladie de la réaction* et non pas une forme réactionnelle de la maladie » ^{4c} (p. 43-44, n.s.). « La réaction n'est plus alors "une anti-action", mais une super-action qui triomphe de l'entropie du système fonctionnel » ^{4c} (p. 44). Elle traduit « la structure polémique de la vie, elle est déjà dans l'œuf » ^{4c} (p. 45). La réaction s'inscrit alors dans le cadre du système général d'adaptation de Selye, dans l'ensemble des notions modernes relatives à l'allergie, à l'anaphylaxie, à l'immunité. H. Ey précise : « Les réactions de l'individu sont pathologiques quand elles dépendent d'un abaissement du seuil de réactivité c'est-à-dire en fin de compte, d'une désorganisation de l'être psychique » ^{4c} (p. 50). Ce qui remet en question la notion même de troubles réactionnels, qui apparaît de plus en plus comme une facilité de vocabulaire et une notion étiologique simpliste.

T. Kammerer (« Traumatisme et réaction » ^{4d}, p. 81-91) envisage le tout du traumatisme et de l'homme dans un ensemble relationnel, où le réactionnel est d'origine diverse à la fois individuelle et sociale, plongeant ses racines dans la double histoire des hommes et de leur milieu : « Le traumatisme marque l'histoire du sujet de manière indélébile » ^{4d} (p. 85). Si on veut comprendre les réactions comportementales et symptomatiques, « il apparaît à la réflexion que, dès l'instant où il s'agit d'investissements libidinaux où sont impliquées des personnes, c'est-à-dire des fonctions relationnelles, il est impossible de comprendre les réactions et les modifications du seul sujet, sans examiner les attitudes adoptées par les personnes visées, tant à l'égard de l'accident traumatisant qu'à l'endroit du sujet » ^{4d} (p. 85).

Le réactionnel ne peut ainsi que s'alimenter au réactif profond du sujet pour s'inscrire dans les énonciations pathologiques et sociales du moment historique considéré. Si l'événement traumatique est le point de départ d'une autre histoire, la cause n'en

est pas attribuable au seul sujet, mais à tout un ensemble de phénomènes qui déborde l'individu. Si le réactif du potentiel génétique s'y trouve impliqué celui-ci ne peut prendre consistance qu'en se faisant forme, en s'habillant des symptômes propres à une énonciation donnée. « La réaction psychopathologique a toujours pour condition nécessaire une anomalie de la "réactivité" » rappelle H. Ey ^{4c} (p. 57).

II. L'ÉVÉNEMENT ET L'EXPRESSION PSYCHOPATHOLOGIQUE

La notion d'événement pathogène est complexe. L'événement est tantôt un « traumatisme » psychique, stress émotionnel qui accompagne la rupture de l'histoire (l'accident), tantôt la permanence d'un conflit actuel ou la reviviscence d'un conflit ancien actualisé dont la charge affective continue à peser et à déterminer l'histoire en cours. Le terme d'événement est rarement utilisé dans son sens strict « événementiel » de fragment temporel qui jaillit ou échappe à la succession historique. Les troubles dits réactionnels sont toujours comme le dit H. Ey une maladie du réactif ou du réagir. Ce sont les modalités du réagir qui deviennent pathologiques. Trop ou pas assez, à côté ou de travers, témoignant d'un seuil abaissé ou surélevé, autant d'aspects devenus insuffisants pour expliquer les particularités du réagir. Les composantes quantitatives et directionnelles voire simplement qualitatives ne traduisent pas la complexité des faits. C'est le réagir qui est modifié dans son ensemble en fonction de la dislocation intervenue à partir de l'événement, et dans l'individu lui-même et dans l'individu considéré par rapport à son monde socio-historique. C'est pourquoi nous préférons le terme de troubles consécutifs à l'événement. Par ailleurs, Jean Delay a retenu le terme de névrose événementielle, « conséquence d'un événement plus ou moins fortuit, d'un accident, d'un traumatisme » ⁵ (p. 88), en opposition aux névroses institutionnelles.

1. LES TROUBLES CONSÉCUTIFS A L'ÉVÈNEMENT TEMPOREL SONT DES FORMES EXPRESSIVES

L'événement-accident surprend, dérange, impose des remaniements dans la vie. L'événement temporel marque l'irréversible du temps, borne la séparation entre deux temps. L'événement inaugure une période « apériodique » qui n'accepte pas de s'articuler avec l'histoire en cours. Dysrégulations émotionnelles, éclatements conflictuels prennent leur importance en fonction de cet irréversible du temps, rythmé par l'irruption événementielle. Il s'ensuit une mise en forme clinique, dotée, comme toutes les formes, de vie et de fonctions.

Les mots-signaux, les vocables et le jeu des représentations internes et subjectives se projettent dans des formes discrètes, objectivées en fatigue, en douleur, en mécontentement. Ce qui est suffisant pour rompre la communication. De soi à soi, l'autre n'est plus là. « L'autre » ne joue plus les mêmes rôles que par le passé. Tout devient brumeux, obscur. Le blessé se trouve enveloppé d'incompréhension. Le rôle du psychiatre-psychothérapeute semble capital dès ce stade, avant que l'effectuation clinique ne s'organise. Seul ce technicien de l'écoute peut permettre au blessé de parler autrement qu'en symptômes. Lui seul peut accéder à la place de « l'autre » désormais vacante et par là devenue source d'inquiétude et de vertige. Il est rare cependant que les choses soient prises en mains à ce stade, que le récit et l'écoute cohabitent dès l'apparition des premiers indices.

Une situation complexe, proche de celles décrites par Bateson dites à *double lien* s'installe. Les injonctions contradictoires surgissent entre celui qui souffre et veut le dire et ceux qui n'admettent pas cette symptomatologie inopportune et excessive (cf. R.D. Laing⁶). L'effondrement de la trame connotative fera que personne ne comprendra plus personne : la relation disjonctive domine. Toute la stratégie consistera alors, pour l'un, à tenter d'objectiver avec ténacité son discours de symptômes, pour l'autre, à essayer de trouver une grille de déchiffrement adaptée à ces signalisations. L'angoisse qui est en jeu ne peut se réduire ni avec de seules bonnes paroles, ni avec de seuls psychotropes, ni avec un savant mélange des deux. Il sera nécessaire de pénétrer dans le réduit des symptômes pour ramener la dispersion, la disjonction à de justes proportions,

pour rapprocher ce qui est séparé, introduire une distanciation nouvelle repérée et repérable, favorisant de nouveaux rapports, de nouveaux liens. Une redistribution des rôles et des relations s'avère indispensable.

L'accident-événement, les troubles d'intolérance qui s'ensuivent après une période de latence fonctionnent comme un message produit par une énonciation qui cherche à se cristalliser en énoncé singulier. Mise en forme qui réclame une vérité d'expression et d'écoute. Syndrome-langage qui fait appel à un référent « objectif » mais qui, simultanément, s'instaure en tant que seul véritable référent. Comme pour le discours, on pourrait dire avec Todorov : « La question de la vérité, subordonnée à celle de la référence est également inconcevable en dehors de l'énonciation : en lui-même, l'énoncé n'est pas vrai ou faux, il le devient uniquement au cours d'une énonciation particulière » ⁷ (p. 407). Il est probable que les résistances, fins de non-recevoir rencontrées dans l'environnement, sinon l'absence de toute surface d'accueil contribuent à renforcer (par l'intermédiaire des lignes répressives du pouvoir) la consistance de la maladie-langage. La cassure persiste. La discontinuité se solidifie pour durer. Comme pour tout langage « l'énoncé cité et l'énoncé citant peuvent entrer ou non en continuité : la langue du narrateur et celle du personnage sont semblables ou différentes » rappelle encore Todorov ⁷ (p. 409). En effet, ce syndrome, le sujet qui en est porteur, l'environnement qui en fait sa raison d'être, tout se mêle et tend à fonctionner comme un récit à plusieurs personnages. Les symptômes et le récit verbalisé sur ces symptômes se croisent avec les récits de ceux qui observent, de ceux qui interprètent. Chacun se trouve devant ces faits comme devant un message indéchiffré et indéchiffrable.

Or, « la teneur d'un message est fonction de son *référentiel* », dit G. Auclair ⁸ (n.s.) à propos des faits sociaux. On ne peut échapper aux structures existantes et on peut avancer que les syndromes de l'événement ont tout comme les autres faits psychosociaux un « statut sémiologique » et que « la relation qu'en tant que signifiant il entretient avec son signifié dépend en fin de compte du référentiel auquel il est articulé qui détermine l'agencement du récit, à savoir le référent, censé lui-même équivaloir au réel. » ⁸ (p. 138). Le syndrome fonctionne comme un tout fait de signes et de symptômes. Il a tendance à fonctionner à son tour comme « forme » originale, en tant qu'indice,

signal, symptôme, symbole, signe. Il sera à décrypter en tant que tel.

Formalisation clinique qui est une combinaison inédite d'organicité et d'attributs psychosociaux. Si le corps souffrant en est la surface expressive, s'il est l'espace opérationnel où se déroule l'évolution symptomatique, l'erreur serait de s'y limiter. La forme clinique du syndrome est le résultat d'un travail productif, d'une série d'effectuations et d'objectivations qui résultent d'un agencement nouveau et inattendu des énergies disponibles et des rapports de force en présence. Ces syndromes ont en tant que « formes » plusieurs fonctions expressives, marquées chacune par une production. Ce sont des créations actuelles. Ils obéissent à des fonctions processuelles, génératrices et transformationnelles qui s'abreuvent à un temps qui ne passe plus, qui s'accroche à son passé, qui s'enferme dans la nostalgie, cette « réaction contre l'irréversible » selon l'analyse de V. Jankélévitch ⁹ (p. 299).

2. LES TROUBLES DE L'ÉVÈNEMENT ET L'IRRÉVERSIBLE DU TEMPS

Nostalgie, regret du passé marquent l'irruption de l'événement, le poids de l'histoire, l'impossibilité d'embrasser la temporalité événementielle, trop neuve, trop disproportionnée, trop désarmante, ouverte à l'interrogation et à l'errance. Ces troubles traduisent et accusent l'irréversible du temps. L'événement est cassure génératrice d'inquiétude tant qu'on ne sait pas rejoindre une temporalité différente et que l'on reste amarré au passé linéaire du temps. D'où réaction, certes, mais réaction qui réagit en elle-même de façon excessive et désordonnée sous le poids des pouvoirs. Ce qui sera important, ce sera de retrouver le schème qui a présidé à l'organisation des troubles et de découvrir les lignes d'évolution, le devenir résolutif possible, à travers les mutations attendues. « Les énoncés disent tout, mais ils ne disent que ce qu'ils peuvent dire, ce qui est de l'ordre du "dicible" », écrit G. Deleuze ¹⁰ (p. 1225). Le syndrome innove et nous nous devons aussi innover pour le déchiffrer dans sa structure intime qui n'appartient pas au « dicible » et échapper à tous les pouvoirs référentiels des signifiants qui ont permis son apparition et qui ne pourraient plus ni le comprendre ni le faire évoluer.

Tout est dans les fonctions des interconnexions, dans les rapports, dans les passages, dans la « direction de la marche » comme l'écrit I. Meyerson. La trame qui relie les troubles se forme sur des trames passées, mais elle chevauche déjà les trames à venir. Les liens se font et se défont par rapport aux lignes de répression et d'oppression et aussi en vertu de ce qui est attendu, plus tard, plus loin, ailleurs, dans une perspective constructive. Pas de faux espoirs donc. Ne pas tout ramener à un hypothétique futur. Ne pas tout rabattre sur le passé. Rendre d'abord les choses tolérables, plus claires, plus fluides. Rétablir les connexions, changer le sens des alliances, faire passer les flux énergétiques afin que le présent se trouve gros peu à peu du futur proche, à peine aperçu mais déjà imminent. Apprendre à savoir que demain pourra être différent d'aujourd'hui, c'est-à-dire d'hier.

Les troubles consécutifs à l'événement temporel, expression de l'irréversible du temps seront incorporés, acceptés, voire dilués, dans la mesure où le temps reprend son cours. L'écoulement sur un espace autre étant devenu possible, d'autres créations, d'autres mises en forme apparaîtront, assumant le processus énergétique et vital dans ses forces génératives et transformationnelles. Le temps événementiel pourra jouer et se jouer du passé sédimenté et sédimentaire. Mais pour en arriver là, il faudra devenir léger et le rester, car « ce sont les paroles les plus silencieuses qui apportent la tempête. Ce sont les pensées qui viennent comme portées sur des ailes de colombes qui mènent le monde. » ¹¹.

NOTES

1. F. Jacob, *La logique du vivant*, Gallimard, 1970.
2. C. Koupornik, S. Tomkiewicz, M. Basquin, « Troubles psychiques au cours des affections dues à des facteurs physiques », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37670 A 90, 1963.
3. C. Veil, « Quelques aspects psychopathologiques des traumatismes corporels », *Revue de médecine psychosomatique*, 1966, n° 1, pp. 45-55.
4. *La notion de réaction en psychopathologie*. Textes de a) Y. Pélicier, b) J. Starobinski, c) H. Ey, d) T. Kammerer, ... *Confrontations psychiatriques*, n° 12, S.P.E.C.I.A., 1974.

5. J. Delay, *Introduction à la médecine psychosomatique. Notes et observations*, Masson, 1961.
6. R.D. Laing, *Soi et les autres*, Gallimard, tr. fr. (1^{ère} éd. 1961), p. 186 et « Situations fausses et intenables ».
7. O. Ducrot, T. Todorov, *Dictionnaire encyclopédique des sciences du langage*, Le Seuil, 1972 (article « Enonciation » par T. Todorov).
8. G. Auclair, *Le mana quotidien. Structures et fonctions de la chronique des faits divers*, Anthropos, 1970.
9. V. Jankélévitch, *L'irréversible et la nostalgie*, Flammarion, 1974.
10. G. Deleuze, « Ecrivain non : un nouveau cartographe. » (A propos de M. Foucault), *Critique*, n° 343, décembre 1975.
11. F. Nietzsche, *Ainsi parlait Zarathoustra*, tr. fr. de M. Betz, 1947, Le Livre de poche, 1963, p. 172. Cf. aussi, *Œuvres complètes*, Gallimard, t. VI, pp. 167-168.

CONCLUSION

Nous avons étudié, sous le terme de maladie-langage post-traumatique l'ensemble des troubles fonctionnels dont l'étiologie et la pathogénie ne sont pas directement attribuables à l'accident ou au traumatisme corporel, mais à l'événement agissant par lui-même en tant que traumatisme.

La problématique de ces troubles intéresse la médecine sociale et professionnelle, la médecine légale, ouvre une brèche dans les dispositions juridiques et administratives, soulève surtout un questionnement psychopathologique à propos de l'étude de ce qu'on continue à appeler la « psychogenèse » des troubles psychiatriques et des névroses en particulier.

Il faut entendre par *événement* ce qui survient d'inédit et d'insolite, ce qui fait irruption dans l'inattente venant compromettre le déroulement de ce qui, jusque-là, se déroulait suivant une succession prévue, connue, admise. L'événement est perturbateur, il constitue une menace ou une promesse.

On peut dire que les *accidents* sont des *événements*. Ils sont inattendus et, même s'ils sont statistiquement prévisibles, ils constituent une rupture dans le déroulement des actes, déroulement qui était considéré jusque-là comme « normal ».

Si l'on se réfère aux seuls accidents du travail, on peut affirmer que chaque accident est un accident-événement, constituant une perturbation fonctionnelle du système homme-poste de travail (ou homme-situation de travail). On entend ici par système l'ensemble des conduites opérationnelles reliées à une tâche ou à une série de tâches productrices données.

L'organisation des comportements et des attitudes de travail peut être empirique, se faire par apprentissage progressif, institué en une praxis jugée d'après les résultats positifs obtenus. L'organisation du travail peut être scientifique et obéir aux principes et aux méthodes ergonomiques. Les conduites de travail constituent des séries, forment une histoire; elles s'articulent avec les conduites hors-travail, habitudes, traditions, rites, institutions. L'histoire se structure en trois séries en étroite interconnexion : l'histoire individuelle, l'histoire des conduites de travail, l'histoire de tout ce qui touche la vie sociale proche et institutionnalisée. C'est ce tout social-historique qui se trouve mis en cause lorsque survient l'accident-événement.

La situation accidentelle comprend pour l'individu deux aspects immédiats : le traumatisme lui-même, ses effets corporels et psychiques, et la rupture événementielle qui vient dérégler le circuit de l'histoire. Lorsque le traumatisme est net, important, qu'il entraîne des dégâts corporels et psychiques évidents, on peut dire que l'événement est absorbé par les suites traumatiques et les séquelles qui les prolongent. Lorsque le traumatisme est peu important, qu'il y a eu simple contusion d'une partie du corps, sans atteinte cérébro-médullaire ou nerveuse évidente et que les suites fonctionnelles sont paradoxalement importantes, avec tendance à s'installer pour durer, perturbant les aptitudes professionnelles et les relations sociales, on peut penser que c'est l'événement accidentel plus que le traumatisme lui-même qui est à prendre en considération. Ce sont ces dernières situations accidentelles, presque « expérimentales » qui permettent de mieux étudier le rôle étiopathogénique du facteur temporel de l'événement.

Nos observations ont porté sur des travailleurs bien insérés dans leur milieu professionnel et social, bien adaptés aux caractéristiques et aux rythmes du travail qu'ils avaient l'habitude d'exécuter. Nous avons retenu les accidents extra-crâniens (coup de marteau sur le pouce, contusion d'un membre, chute sans suite grave...), sans atteinte profonde de l'intégrité corporelle. Il s'agit de ces accidents de bon pronostic apparent, qui exigent des soins légers, où la reprise du travail pourrait être espérée après un délai relativement court avec « retour à la normale » ou presque de la physiologie et des fonctions sociales et professionnelles. Or, c'est précisément au moment où tout devrait être rentré dans l'ordre que les troubles se modifient, changent

d'expression, et qu'apparaît ce syndrome fonctionnel qu'on appelle habituellement névrotique, subjectif, voire sinistrosique. C'est en réalité une maladie-langage post-traumatique dont l'apparition chronologique se situe après l'événement accidentel; un lien est possible avec ce qui, dans le traumatisme est surtout (un) événement.

La clinique de ce syndrome est assez voisine de celle du syndrome dit subjectif des traumatisés du crâne ou des névroses post-traumatiques. La première attitude fut donc de mettre en valeur le *choc émotionnel* et de lui faire jouer un rôle de premier plan. La peur, la surprise initiale, semblent créer le nid pour la poussée ultérieure des symptômes. Cependant, dans les situations ici retenues, il n'y a pas de choc commotionnel majeur ni d'atteinte nerveuse nette. C'est au décours, dans la phase résolutive de l'affection traumatique, qu'apparaissent ces troubles fonctionnels de nature psychopathologique : humeur triste, adynamie, fatigabilité, sensations vertigineuses, algies localisées ou polyalgies, manifestations anxieuses diffuses ou au contraire localisées sous forme de phobies ou d'obsessions, troubles de la régulation hypnique. Parfois on trouve des comportements qui traduisent des perturbations noétiques (dysmnésies, imprécision idéique, interprétation...) ou thymiques (inhibition, stupeur, agitation émotionnelle...). Le plus souvent c'est la symptomatologie corporelle qui domine, sorte de mécanismes de conversion somatique avec localisation sous forme d'angoisse d'organe autour de la partie blessée (fixation d'un membre en position de raideur ou de pseudo-ankylose, algies durables, fortement ressenties, claudications fonctionnelles...). Le fait est que la symptomatologie est complexe et que plusieurs de ces signes se retrouvent simultanément ou successivement chez le même individu, reliés par une même coloration affective, mélange d'anxiété, d'insatisfaction, de tristesse, d'adynamie, qui veut traduire le fait que depuis l'accident tout a changé et qu'on n'est plus le même qu'avant.

Ce syndrome évolue pendant une période variable. Tout dépendra des forces mises en œuvre pour en obtenir la résolution, dans la mesure où on le considérera comme une *maladie-langage* organisée en *récit* et non comme un simple « supplément » névrotique, voire sinistrosique, réactionnel au traumatisme.

Les explications par analogie viennent en premier à l'esprit. Elles tendent à réduire ces faits au déjà connu. On incrimine

le rôle des émotions, de la peur; le rôle du terrain chez un sujet prédisposé, pré-névrotique. Parfois, on avance l'idée d'une prédisposition aux accidents, le sujet ayant pu inconsciemment provoquer l'accident pourrait, à plus forte raison, être amené à «utiliser» la situation traumatique pour y investir son dynamisme d'échec. Pour certains, les psychanalystes en particulier, ce serait le courant masochiste qui animerait inconsciemment les sujets. Les pulsions d'autodestruction potentielles seraient les véritables créateurs des troubles. La régression affective, fonctionnant comme cause d'un retour à un stade antérieur, infantile, représenté ici par la névrose, est souvent invoquée par les auteurs d'inspiration freudienne.

Explications réductrices et régressives prêtent à ces troubles une structuration «névrotique» au sens large de troubles fonctionnels dominés par l'affectivité, les manifestations de souffrance réactionnelle à l'atteinte corporelle traumatique si minime soit-elle. Perspective où seule la structure du sujet explique la causalité générative et pathogénique de ce syndrome.

Une autre approche est possible dans le cadre de la maladie-langage, en tant que création productrice de troubles inédits chez un sujet bien inséré jusqu'à l'accident dans son milieu et dans son travail. C'est alors que le rôle de *l'événement* apparaît comme déterminant. Tout se passe comme si le sujet accidenté était éjecté de sa trajectoire historique sans pouvoir renouer avec elle. Il reste «suspendu» à la temporalité événementielle. L'expression du syndrome comble la distance, le vide. L'événement ouvre sur une mise en scène, un récit qui tend à demeurer tel.

Plusieurs facteurs sont à retenir. L'insatisfaction d'abord; le sujet est mécontent de lui, mécontent d'avoir eu cet accident. L'inactivité ensuite; l'éloignement de la vie professionnelle et cela d'autant plus que la responsabilité de l'accidenté est moindre à son travail et qu'il est moins bien intégré dans le collectif de travail. L'immobilité enfin qui facilite la stase énergétique et les précipitations des forces réactives en douleur, en adynamie, en tristesse. La nécessité se fait jour parfois d'investir de nouveaux rôles d'allure pathologique; il est une sémantique des symptômes, une signifiante empruntée à l'énonciation discursive de l'environnement social et historique.

Tous ces troubles se solidifient et se structurent pour durer, d'autant que les forces vives du corps, jusque-là utilisées, restent

au point mort, ne trouvent plus comme investissement qu'une symptomatologie morne, monotone, linéaire et répétitive. Il y a collusion avec l'entourage. Celui-ci est normatif et apparemment répressif (ainsi ressenti en tous les cas par le sujet) et prêche la normalisation et le retour au travail, alors que le blessé reste séparé de son monde habituel et de ce qu'il était auparavant, par l'événement «schizant» qui a introduit une cassure. Ainsi ce blessé ne peut que continuer à se «réfugier» dans la maladie devenue la seule expression possible de sa nouvelle histoire inscrite dans le pathologique.

La maladie-langage est un énoncé singulier qui se place hors-temps et qui utilise les composantes affectives et toutes les forces réactives disponibles. La maladie-langage est une expression psychopathologique créatrice dont la trame essaie de mettre en évidence l'événement initial considéré comme seule cause de tous les maux.

Certains aspects de la psychopathogénie de ces maladies-langage peuvent éclairer de façon plus large le processus psychopathologique en général: On sait toute l'importance des événements affectifs et des traumatismes psychiques en tant qu'éléments pathogènes dans l'élaboration des névroses. On comprend cependant que le temps historique, accumulation sédimentaire de tout ce qui fait notre passé, ne conditionne pas tout. Des événements temporels peuvent survenir, couper la ligne du temps historique individuel, interrompre sa continuité. Des lignes temporelles adjacentes, de mise en attente, correspondent à ces troubles qui restent «en suspens» et éloignent l'individu de sa ligne temporelle propre. La vie se déroule en-temps, mais son écoulement peut être perturbé par des engorgements, des dilatations temporels. Une production psychopathologique totalement inédite, située en «hors-temps», peut être à l'origine d'effets de massification, d'enkystements, de ramifications. Tout est fonction des rapports des forces productives en présence, de leurs échanges, de leur participation au temps spécifique de chacun.

Les forces se développent et s'investissent suivant les modalités transformationnelles du temps historique. Ce qui importe dans le temps historique individuel, c'est son déroulement, son devenir, les effectuations obtenues, la façon dont il est vécu. L'évaluation n'est pas fonction du seul individu. Il n'y a pas de sujet

isolé hors de tout temps social et hors du monde d'artifices qu'il contribue à créer. Le sujet est un élément dans une ou plusieurs séries de noyaux de relations d'attraction-répulsion.

L'homme, produit du sensible et de l'intelligible, est en étroite interaction avec tout ce qui appartient aussi bien à son monde naturel qu'à son univers d'artifices. D'une part, les signes et les mots, les réseaux signifiants sont autant de médiateurs qui traversent l'homme et lui proposent des codes et des formes de penser dont la structure appartient à des types plus vastes, déterminés et déterminables par l'environnement. D'autre part, les sensations, les échanges émotionnels circulent entre les individus, et dans l'individu lui-même, en créant des agencements qui s'articulent selon des modalités positives ou négatives, actives ou passives, dominantes ou dominées, montantes ou en déclin, réactives ou actives. Tout est produit par les hommes y compris ce qui leur échappe encore ou qui reste inconscient. On ne peut déceler que des réseaux ou des procès où les problématiques individuelles délimitent des sectorisations mouvantes singulières. Ces procès sont en interaction. Ils se croisent, ils coïncident, ils se jouxtent ou s'excluent et se séparent, ils forment des synthèses disjonctives, s'ouvrent à la discordance, se constituent en multiplicités.

Le passé ne peut expliquer automatiquement le présent, ni le présent l'avenir. Le dedans et le dehors ne sont pas étanches. D'une part, chacun possède une chronobiologie spécifique, des rythmes temporels profonds. On voudrait savoir ce qui peut les perturber et si, précisément, ce qui fait « événement » n'a pas des effets de désynchronisation à certains niveaux de l'organisme humain, dans ce qui est le plus fragile, le plus récemment acquis. D'autre part, ces procès circulent par séries et émettent des effets de nature diverse : sensibles, sémantiques, économiques, institutionnels, culturels, etc. Chacun de ces procès, forme une combinaison particulière que l'homme utilise, non comme il veut mais comme il peut ; de la résultante obtenue découle sa puissance. Les forces n'ont pas en elles-mêmes une valeur absolue et toujours égale ; elles ont des relations différentielles qui les branchent sur les surfaces d'accueil avec des effets en retour sur les rapports des forces en présence. Chacun peut d'autant plus qu'il est mieux sollicité et bien accueilli, et cela dans tous les domaines. Les relations, les distances, leur connaissance, leur maîtrise, sont déterminantes.

Les processus psychopathologiques névrotiques sont des processus agissants d'expression créatrice. Ils ne recueillent pas passivement les messages pulsionnels. Les forces, où qu'elles soient, ne recouvrent forme et visage qu'à travers le travail de l'actuel qui en assume l'effectuation. Les événements coupent, interrompent l'écoulement des flux d'énergies et de temps. La productivité change mais le travail producteur se fait en fonction des sollicitations du processus transformationnel des effectuations. C'est un processus actuel où l'engendrement et la genèse sont le résultat de l'accueil actif ou passif des surfaces. Les modifications se produisent au présent du temps.

Les repères de la médecine physique ne sont pas utilisables tels quels en psychopathologie. Les attributs du « regard médical » ne pourront pas imposer les signes précis qui traduiront telle lésion ou l'atteinte de tel organe. On pourra isoler des signes traduisant les variations de la vie, les grouper en ensembles codés, mais si on les soumet à des grilles logiques trop étroites, la vie risque de passer entre les mailles. Les maladies-langage, les troubles fonctionnels sont des composantes originales qui ne semblent pas assimilables ni réductibles à quelque chose d'autre. De même qu'on ne peut expliquer le monde sonore de la musique, ni la vraie poésie, ni la danse, sous peine de les « rationaliser », on ne peut imposer une signification à tout prix au fait psychopathologique. Les névroses, qui apparaissent comme un langage original du sensible tendent à s'échapper des filets trop rationnels de notre vieille logique. Il en va comme pour la déraison qui ne se laisse saisir par la raison que déjà mutilée, dépossédée de sa spécificité.

Table des matières

INTRODUCTION : RUPTURES DE VIE ET ÉCONOMIE TRAUMATIQUE . . .	13
--	----

PREMIÈRE PARTIE L'ACCIDENT-ÉVÉNEMENT ET SES TROUBLES NÉVROTIQUES

OUVERTURE : LE SUJET ET LE TRAUMATISME	25
--	----

1. TROUBLES POST-TRAUMATIQUES ET DÉCOMPENSATIONS NÉVROTIQUES	27
I. <i>Le syndrome dit subjectif des traumatisés du crâne</i> . . .	27
1. Le choc	28
2. Les symptômes	29
II. <i>Les névroses post-traumatiques</i>	31
1. Les névroses post-traumatiques émotionnelles	32
2. Les névroses post-émotionnelles	34
3. La sinistrose	36
III. <i>La crise de réadaptation socio-professionnelle</i>	37
2. TRAUMATISME ET TROUBLES NÉVROTIQUES	45
I. <i>Les données cliniques</i>	45
II. <i>L'observation clinique d'Enrico</i>	47
1. Données biographiques. Temps de l'histoire	48
2. L'accident	49
3. Les soins ultérieurs; suite évolutive	51
4. Phase de convalescence	52

5. Syndrome psychopathologique ; phase de thérapeutique psychiatrique	52
6. Phase de résolution	54
7. Synthèse et articulation de ces diverses phases	54
III. <i>Essai de systématisation psychopathologique</i>	56
1. Problématique des suites immédiates du traumatisme	56
2. Prélude à la phase de transition	57
3. La phase de transition proprement dite	58
4. Installation du syndrome d'intolérance au traumatisme	60
5. Évolution des troubles	64
IV. <i>Quatre observations de maladie-langage post-traumatique</i>	66
1. Observation n° 1	66
2. Observation n° 2	68
3. Observation n° 3	70
4. Observation n° 4	72
3. LES COMPOSANTES PROFESSIONNELLES ET LES FACTEURS SOCIAUX DANS LA MALADIE-LANGAGE POST-TRAUMATIQUE	77
I. <i>Facteurs relatifs au travail</i>	78
1. Préliminaire	79
2. Les facteurs professionnels pathogènes liés à l'apparition de la maladie-langage post-traumatique	80
3. Aspects de la dynamique professionnelle	83
4. La phase d'inactivité professionnelle faisant suite à l'accident	86
5. La phase de retour au travail	88
II. <i>Les facteurs sociaux</i>	89
1. Événement et déracinement	89
2. Les mentalités paradoxales et les personnalités marginales	90
3. Les états de nostalgie	92
4. La psychopathologie des transplantés	93
5. Opinions, attitudes psychosociales et psychopathologie	96
CONCLUSION : L'ÉVÉNEMENT-ACCIDENT ET L'OBJECTIVATION NÉVROTIQUE	103

DEUXIÈME PARTIE

LA MALADIE-LANGAGE POST-TRAUMATIQUE

OUVERTURE : L'ÉVÈNEMENT-ACCIDENT ET SON « RÉCIT »	109
1. PSYCHOPATHOGENIE DE LA MALADIE-LANGAGE	
POST-TRAUMATIQUE	113
I. <i>Les théories réductrices</i>	114
1. Le facteur humain dans l'accident	115
2. La personnalité antérieure	118
II. <i>Le syndrome d'intolérance, création postaccidentelle</i> ..	125
1. Les réactions névrotiques	125
2. La sinistrose	127
3. Les névroses du travail	128
III. <i>Le triomphe du réactif</i>	129
1. Les troubles du schéma corporel et de l'intégrité du corps	129
2. Le degré d'insatisfaction	131
3. La (re)distribution énergétique, le réactif et les forces réactives	132
4. Les conduites régressives et les facteurs émotionnels	140
IV. <i>Conclusion : La notion de traumatisme psychique dans la maladie-langage post-traumatique</i>	142
2. LA MALADIE-LANGAGE : SÉMANTIQUE DE L'ÉNONCÉ SINGULIER ..	149
I. <i>Les mots/les maux</i>	150
1. La fonction avènementielle de la parole	151
2. La parole et l'homme dans la maladie	152
3. Le malade, la maladie, le processus de soins	152
4. Lecture des symptômes et effets de lecture	154
II. <i>L'expression créatrice et le double récit</i>	156
1. Le degré d'expression des symptômes	157
2. Le paraître et l'être. Les personnages et la personne	160
3. Le propre et le figuré	162
4. La catégorie du « je »	163
III. <i>La mise en forme clinique de la maladie-langage</i>	164
1. L'énoncé singulier du syndrome d'intolérance au traumatisme	165
2. Récit et modulations individuelles	170

<i>IV. Analyse généalogique de la maladie-langage :</i>	
<i>les effets de pouvoir</i>	179
1. Systématisation de la maladie-langage	
post-traumatique	180
2. Analyse généalogique et comparative	183
<i>V. Conclusion</i>	192
 3. STRUCTURE TEMPORELLE DE LA MALADIE-LANGAGE	
POST-TRAUMATIQUE	197
<i>I. Événement et événement-accident</i>	198
<i>II. Perception et production du temps</i>	
<i>dans l'après du traumatisme</i>	200
1. L'accident, la blessure, le temps	200
2. L'attente frustrée et le temps dit « d'incubation » ;	
phase de transition	203
3. Le temps de latence	205
<i>III. Structure temporelle de la maladie-langage</i>	207
1. Le présent atemporel et achrone	
de la maladie-langage	208
2. Le passé merveilleux	209
3. La répétition	211
<i>IV. Le temps historique et les ruptures individuelles</i>	213
1. Histoire individuelle et temps historique	214
2. Les ruptures du temps historique personnel	
(tempers biographique)	216
3. Le temps des différences	218
<i>V. Conclusion :</i>	
<i>Le temps du désir et le désir du temps</i>	219
 CONCLUSION : L'ÉVÉNEMENT EN « SUSPENS ».	
TROUBLES RÉACTIONNELS ET TROUBLES CONSÉCUTIFS	
A UN ÉVÉNEMENT TEMPOREL	223
<i>I. Psychopathologie du réactionnel</i>	224
<i>II. L'événement et l'expression psychopathologique</i>	228
1. Les troubles consécutifs à l'événement temporel	
sont des formes expressives	229
2. Les troubles de l'événement	
et l'irréversible du temps	231
 CONCLUSION	235

Composition et montage
réalisés par
le Centre de Recherches et d'Études Linguistiques
(C.R.E.L.-France)
Aix-en-Provence

Cet ouvrage
a été achevé d'imprimer
sur les presses de l'Imprimerie
du Signe à Cergy (95000) le 27/10/79
pour le compte des Éditions Privat (Toulouse)
Dépôt légal : 4^e trimestre 1979
Imprimé en France